

Locus of control : de beheersingsorientatie in relatie tot ziekte- en gezondheidsgedrag

Citation for published version (APA):

Halfens, R. J. G. (1985). *Locus of control : de beheersingsorientatie in relatie tot ziekte- en gezondheidsgedrag*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Rijksuniversiteit Limburg. <https://doi.org/10.26481/dis.19851213rh>

Document status and date:

Published: 01/01/1985

DOI:

[10.26481/dis.19851213rh](https://doi.org/10.26481/dis.19851213rh)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

LOCUS OF CONTROL

De beheersingsorientatie in relatie tot
ziekte- en gezondheidsgedrag

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van doctor in de Sociale Wetenschappen aan de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht, op gezag van de Rector Magnificus, Prof. Dr. F.I.M. Bonke, volgens het besluit van het College van Dekanen, in het openbaar te verdedigen op vrijdag 13 december 1985 des namiddags om vier uur

door

Rudolph Jozef Gerardus Halfens

geboren te Tegelen in 1952

Promotores: Prof. Dr. A.P.W.M. Appels
Prof. Dr. H. Philipsen

Referenten: Prof. Dr. G.J. Kok
Dr. A.Ph. Visser

Het onderzoek, waarop dit proefschrift berust, werd in belangrijke mate mogelijk gemaakt door de Stichting Nederland Oké.

Tekstverwerking: Mw. J.R.M. Prick
Mw. J.E.L. Rosier-Wolfs

Omslag: Mw. M.J. van Gils

Druk: Hr. B. Meerstad

I N H O U D S O P G A V E

	<u>pagina</u>
1 INLEIDING	1
1.1 Verantwoording van de studie	1
1.2 Probleemstelling en opzet van onderzoek	2
1.3 Indeling verslag	3
2 HET CONCEPT BEHEERSINGSORIENTATIE	5
2.1 De sociale leertheorie	5
2.2 De beheersingsorientatie	7
2.2.1 De beheersingsorientatie binnen de sociale leertheorie	8
2.2.2 De beheersingsorientatie en aanverwante concepten	9
2.3 De dimensionaliteit van de beheersingsorientatie	14
2.3.1 Inleiding	14
2.3.2 Beheersende instantie	15
2.3.3 Bekrachtigingsgebieden	16
2.3.4 Aard van de bekrachtiging	18
2.3.5 Object van de beheersende instantie	18
2.4 Het belang van de beheersingsorientatie	20
2.5 Samenvatting en conclusie	20
3 METING VAN DE BEHEERSINGSORIENTATIE	22
3.1 Keuzemomenten in de meting van de beheersingsorientatie	22
3.1.1 Beheersende instantie	22
3.1.2 Bekrachtigingsgebieden	23
3.1.3 Aard van de bekrachtiging	24
3.1.4 Object van de beheersende instantie	24
3.1.5 Samenvatting	25
3.2 Vier engelstalige meetinstrumenten van de beheersingsorientatie	25
3.2.1 Algemene beheersingsorientatie-vragenlijsten	26
3.2.1.1 Rotter's locus of control scale	26
3.2.1.2 Levenson's MLOC	28

3.2.2 Gezondheids specifieke beheersingsorien- tatie-schalen	29
3.2.2.1 De health locus of control scale	29
3.2.2.2 De multi-dimensional health locus of control scale	30
3.2.3 Samenvatting engelstalige beheersings- orientatie vragenlijsten	32
3.3 Nederlandstalige beheersingsorientatie vragen- lijsten	32
3.4 Samenvatting	34
4 DE BEHEERSINGSORIENTATIE EN GEZONDHEIDS- EN ZIEKTEGEDRAG: een literatuuroverzicht	36
4.1 Demografische variabelen en gezondheids- toestand	36
4.1.1 Demografische variabelen	36
4.1.2 Gezondheidstoestand	37
4.2 Gezondheids- en ziektegedrag	38
4.2.1 Inleiding	38
4.2.2 Roken	39
4.2.3 Alcoholconsumptie	40
4.2.4 Lichaamsbeweging	41
4.2.5 Gewichtsafname	42
4.2.6 Informatie inwinnen	43
4.2.7 Compliance-gedrag	45
4.2.8 Preventieve activiteiten	45
4.2.9 Ziektegedrag	47
4.3 Samenvatting en conclusie	47
5 VRAAGSTELLINGEN	49
5.1 Onderscheid in intentie tot en feitelijk gedrag	49
5.2 Het model van Rotter	51
5.2.1 Ziektegedrag	51
5.2.2 Gezondheidsgedrag	52
5.3 Het model van Fishbein en Ajzen	54
5.4 Vraagstellingen	56
6 HET ONDERZOEK	58
6.1 De opzet	58
6.1.1 Het panelonderzoek	58
6.2 De respondenten	61
6.2.1 Representativiteit van het panel	61
6.2.2 Afbakening van het aantal respondenten	67

6.3	De variabelen	68
6.3.1	Demografische kenmerken	69
6.3.2	Subjectieve gezondheidstoestand	70
6.3.3	Opvattingen	70
6.3.3.1	De algemene beheersingsorientatie	70
6.3.3.2	Gezondheidsopvattingen	71
6.3.4	Ziektegedrag	74
6.3.4.1	Intentie tot ziektegedrag	74
6.3.4.2	Gerapporteerd ziektegedrag	75
6.3.5	Gezondheidsgedrag	76
6.3.5.1	Algemene leefwijze	76
6.3.5.2	Rookgewoonten	77
6.3.5.3	Alcoholconsumptie	78
6.3.5.4	Lichaamsbeweging	79
6.3.6	De attitude, subjectieve norm en intentie ten aanzien van roken en alcoholgebruik	80
6.4	Samenvatting	85
7	BESCHRIJVING VAN DE BEHEERSINGSORIENTATIE	86
7.1	Het meetinstrument	86
7.2	Soortgenoot validiteit	90
7.2.1	De algemene beheersingsorientatie	90
7.2.2	Gezondheids- en ziekte-opvattingen	91
7.3	Demografische kenmerken en subjectieve gezondheidstoestand	93
7.3.1	Demografische kenmerken	93
7.3.2	De subjectieve gezondheidstoestand	93
7.4	Samenvatting	96
8	DE BEHEERSINGSORIENTATIE BINNEN HET MODEL VAN ROTTER	97
8.1	De analyse-methode	98
8.2	Ziektegedrag	99
8.2.1	Intentie tot ziektegedrag	99
8.2.2	Gerapporteerd ziektegedrag	104
8.2.3	Overeenstemming tussen de intentie en het gerapporteerde ziektegedrag	108
8.2.4	Samenvatting	110
8.3	Gezondheidsgedrag	111
8.3.1	Algemene leefwijze	111
8.3.2	Rookgewoontes	113
8.3.3	Alcoholgebruik	115
8.3.4	Lichaamsbeweging	119
8.4	Samenvatting en conclusie	121

9	DE BEHEERSINGSORIENTATIE BINNEN HET MODEL VAN FISHBEIN EN AJZEN	123
9.1	Rookgedrag	123
9.1.1	Het model	123
9.1.2	De beheersingsorientatie binnen het model	124
9.2	Alcoholgebruik	127
9.2.1	Het model	127
9.2.2	De beheersingsorientatie binnen het model	128
9.3	Samenvatting en conclusie	132
10	DISCUSSIE	134
10.1	Samenvatting van de resultaten	134
10.2	Methodologische opmerkingen	137
10.3	Theoretische opmerkingen	138
10.3.1	Het model van Rotter	138
10.3.2	De beheersingsorientatie	140
10.3.3	Het model van Fishbein en Ajzen	142
10.4	Practische consequenties	143
10.5	Verder onderzoek	143
	SAMENVATTING	145
	SUMMARY	149
	LITERATUURLIJST	153
	BIJLAGEN	166
	DANKWOORD	181
	CURRICULUM VITAE	182

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

1.1 VERANTWOORDING VAN DE STUDIE

In 1962 werd door Rotter, Seeman en Liverant het concept locus of control geïntroduceerd. Dit concept, dat door Andriessen (1972) vertaald is als beheersingsorientatie, werd omschreven als de mate waarin een persoon de op zijn gedrag volgende gebeurtenissen ziet als iets dat hij of zij zelf beheerst of als iets dat door externe factoren, zoals toeval, noodlot of anderen wordt beheerst. Op basis van dit concept zijn twee ideaaltypen te omschrijven, namelijk intern-georiënteerden, die van mening zijn dat ze zelf veel gebeurtenissen in de hand hebben en extern-georiënteerden, die van mening zijn dat ze zelf geen invloed hebben op gebeurtenissen, omdat deze veroorzaakt worden door factoren buiten hen zelf, zoals kans of geluk.

Sinds de introductie van dit concept is er veel onderzoek naar verricht. Sinds enkele jaren wordt het ook gebruikt in onderzoek naar gezondheidsgedrag en wordt het genoemd als een mogelijk relevant persoonlijkheidskenmerk voor Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding (GVO); (Reelick, 1982; De Haes, 1985; Di Matteo, 1982). Deze interesse vanuit GVO is niet vreemd. GVO onderzoekt hoe bepaalde gedragingen tot stand komen en veranderd kunnen worden. Hierbij beperkt men zich tot gedragingen waarvan aangenomen wordt dat deze de gezondheid beïnvloeden. Met andere woorden, gedragingen die gezondheid of ziekte als gevolg kunnen hebben. Bij GVO wordt in voorlichtingsboodschappen ook altijd gewezen op deze relatie. De beheersingsorientatie zegt in algemene zin iets over een bepaald aspect van de relatie gedrag-gevolg, namelijk in welke mate een persoon de gevolgen van zijn gedrag beheersbaar of beïnvloedbaar acht.

Een relevante vraag in dit kader is, of degenen die van mening zijn dat zij de gevolgen van gedrag, waaronder dus gezondheid en ziekte, zelf kunnen beheersen (intern-georiënteerden) zich vervolgens ook gezonder gedragen. Met andere woorden of er een directe, positieve relatie is tussen een interne beheersingsorientatie en de mate waarin men zich gezond gedraagt.

Het is de vraag of de relatie tussen de beheersingsorientatie en het gezondheids- en ziektegedrag zo eenvoudig is. Zo kunnen intern-georiënteerden van mening zijn dat ze zelf de gezondheid kunnen beïnvloeden door bijvoorbeeld niet te roken en iets aan lichaamsbeweging te doen, maar er toch de voorkeur aan geven om te roken en niets aan lichaamsbeweging te doen. Zij hechten meer belang aan andere gevolgen van deze gedragingen, bijvoorbeeld dat roken hen ontspant, of dat ze door niets aan lichaamsbeweging te doen meer tijd hebben voor hun hobby's. Bij intern-georiënteer-

den lijkt de opvatting of attitude die men over het betreffende gedrag heeft, van belang te zijn. Bij extern-georiënteerden daarentegen, lijkt iets anders van belang te zijn voor het uiteindelijke gedrag. Extern-georiënteerden leggen de beheersing van gebeurtenissen bij externe factoren, bijvoorbeeld kans of geluk, maar ook bij machtige anderen, zoals de huisarts. Van hen mag verwacht worden dat zij zich daarom ook meer laten leiden door hetgeen anderen van het betreffende gedrag vinden. Bijvoorbeeld van extern-georiënteerden, die van mening zijn dat vooral de arts hun gezondheid en ziekte kan beïnvloeden, mag aangenomen worden dat deze ook meer geneigd zijn de adviezen van de arts, zoals stoppen met roken, uit te voeren.

Dit betekent dat niet zonder meer mag worden verwacht dat er een directe positieve relatie bestaat tussen een interne oriëntatie en gezondheids- en ziektegedrag, maar dat intern-georiënteerden hun gedrag wellicht meer baseren op de attitude ten opzichte van dit gedrag, terwijl de extern-georiënteerden hun gedrag meer baseren op het oordeel van anderen hierover. Uit het voorgaande volgt dat de rol die de beheersingsoriëntatie speelt bij gezondheids- en ziektegedrag tweeledig kan zijn. De beheersingsoriëntatie kan een directe invloed hebben op deze gedragingen en de beheersingsoriëntatie kan van invloed zijn op de wijze waarop deze gedragingen tot stand komen.

Op welke wijze de beheersingsoriëntatie van invloed is op het gedrag heeft consequenties voor de GVO-praktijk. Bij een directe relatie is het van belang mensen meer bewust te maken van het feit dat ze zelf invloed kunnen uitoefenen op hun gezondheid. Indien de beheersingsoriëntatie van invloed is op de wijze waarop gedrag tot stand komt, dus of het gedrag op basis van de attitude of op basis van hetgeen anderen menen tot stand komt, is het van belang intern- en extern-georiënteerden op een andere wijze te benaderen om tot een gezonde leefwijze te komen.

1.2 PROBLEEMSTELLING EN OPZET VAN ONDERZOEK

Als voorlopige probleemstelling voor deze studie geldt de vraag of, en zo ja op welke wijze, de beheersingsoriëntatie van invloed is op ziekte- en gezondheidsgedrag. In hoofdstuk 5 zal deze probleemstelling verder worden uitgewerkt in meer specifieke vraagstellingen.

Nu zijn er in het verleden reeds enkele studies verricht naar de relatie tussen de beheersingsoriëntatie en ziekte- en gezondheidsgedrag. Vaak echter met tegenstrijdige resultaten. Ten dele kan dit worden verklaard door het gebruik van verschillende operationalisaties van het concept. In hoofdstuk 2 en 3 zullen we hier uitvoerig bij stilstaan. Ten dele echter kunnen de tegenstrijdige en vaak teleurstellende resultaten verklaard worden door het gebruik van specifieke, homogene populaties. Effecten van

mogelijk intervenierende factoren, zoals leeftijd en sociaal-economische status zijn niet bekend, en hier wordt dus niet voor gecorrigeerd.

Mocht de beheersingsorientatie van invloed zijn op gezondheids- en ziektegedrag, dan zal dit in de eerste plaats voor een meer gezonde populatie gelden. Het gezondheids- en ziektegedrag van zieke mensen zal door heel andere processen worden beïnvloed. Mede omdat GVO zich in de eerste plaats richt op het gezonde deel van de bevolking, is het hier beschreven onderzoek opgenomen als onderdeel van een groter panel-onderzoek naar de subjectieve gezondheidstoestand, de gezondheidsopvattingen en de leefwijze van de Nederlandse bevolking. Voor dit panelonderzoek zijn 882 personen geïnterviewd, die oorspronkelijk een a-selecte steekproef uit de Nederlandse bevolking in de leeftijdsklasse van 20 tot 65 jaar vormden. Dit gebeurde zowel in 1981 als in 1983 met behulp van een gestandaardiseerde vragenlijst. Deze onderzoeksopzet heeft verschillende voordelen. Allereerst kan een schaal geconstrueerd worden, die in verschillende populaties bruikbaar is, omdat ze op een heterogene populatie is gebaseerd. Vervolgens kan inzicht verkregen worden in verschillen tussen bepaalde groepen in de bevolking naar de beheersingsorientatie, en kan nagegaan worden of de relatie tussen beheersingsorientatie en gezondheids- en ziektegedrag beïnvloed wordt door demografische kenmerken, zoals leeftijd, sexe en sociaal-economische status. Tot slot kan de relatie tussen beheersingsorientatie en gezondheids- en ziektegedrag bestudeerd worden in een meer heterogene populatie dan tot nu toe gebruikelijk is in onderzoek naar beheersingsorientatie.

Een dergelijke opzet kent uiteraard ook nadelen. Zo zullen samenhangen minder sterk zijn door het heterogene karakter van de populatie, terwijl niet alle wenselijk geachte variabelen opgenomen kunnen worden. Een belangrijker nadeel is echter, zoals later zal blijken, dat alleen relaties bestudeerd kunnen worden met bestaand ziekte- en gezondheidsgedrag.

1.3 INDELING VERSLAG

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op theoretische aspecten van de beheersingsorientatie. Aandacht wordt besteed aan de sociale leertheorie waarbinnen de beheersingsorientatie geplaatst moet worden, aan de afbakening van het concept in relatie met enkele andere concepten zoals machteloosheid, en aan de verschillende dimensies waarin men de beheersingsorientatie kan onderscheiden.

Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 expliciet aandacht besteed aan de meting van het concept. Naast enkele keuzemomenten bij de meting, worden vier Engelstalige en enkele Nederlandstalige meetinstrumenten besproken.

Hoofdstuk 4 betreft het literatuuroverzicht. Dit is beperkt gebleven tot studies omtrent de relatie tussen de beheersingsorientatie en het gezondheids- en ziektegedrag.

In hoofdstuk 5 worden de vraagstellingen geformuleerd op basis van de voorgaande hoofdstukken, terwijl in hoofdstuk 6 de opzet, de respondenten en de variabelen van het onderzoek besproken worden.

In hoofdstuk 7 gaan we in op de door ons gebruikte operationalisatie van de beheersingsorientatie. Behalve de betrouwbaarheid van de drie geconstrueerde schalen, wordt de relatie van deze schalen met demografische gegevens, gezondheidstoestand en (gezondheids)opvattingen besproken, teneinde gegevens te verkrijgen omtrent de validiteit van de drie schalen.

In hoofdstuk 8 wordt ingegaan op de vraag of er een directe relatie bestaat tussen de beheersingsorientatie en het gezondheids- en ziektegedrag. Het gedragsmodel van Rotter (1954) vormt hierbij het uitgangspunt voor de analyses.

In hoofdstuk 9 komt de tweede centrale vraag van deze studie aan de orde, namelijk of de beheersingsorientatie invloed heeft op de wijze waarop het gezondheids- en ziektegedrag tot stand komt. Hiervoor is gebruik gemaakt van het model van Fishbein en Ajzen (1975).

Tot slot wordt in hoofdstuk 10 de studie afgesloten met een samenvatting van de belangrijkste resultaten, de theoretische en de praktische consequenties van het onderzoek en de aanbevelingen voor verder onderzoek.

HOOFDSTUK 2 HET CONCEPT BEHEERSINGSORIENTATIE

In de psychologische literatuur is de beheersingsorientatie geen onbekend begrip. Sinds Rotter's introductie van het concept (Rotter, 1966), is het aantal publicaties over de beheersingsorientatie gestegen tot plusminus 465 per jaar (vlgs. Psychological Abstracts). Toch zijn er zowel wat betreft de definiering, als wat betreft de meting nogal wat onduidelijkheden. Vandaar dat we in dit hoofdstuk zullen ingaan op de betekenis van het concept en de dimensies die men er aan kan onderscheiden. Voor een goed begrip van de beheersingsorientatie is het echter nodig het oorspronkelijke theoretische kader te kennen waar de beheersingsorientatie uit is voortgekomen. Daarom zullen we eerst ingaan op de sociale leertheorie. In hoofdstuk 3 zal vervolgens aandacht worden besteed aan de meting van het concept.

2.1 DE SOCIALE LEERTHEORIE

Om gedrag te kunnen verklaren zijn diverse theorieën ontwikkeld. Globaal zou men een onderscheid kunnen maken tussen theorieën welke gedrag zien als een resultante van voornamelijk persoonlijke factoren (zoals de cognitieve theorieën), en theorieën welke gedrag zien als een resultante van situationele- of omgevingsfactoren (zoals de stimulus-response theorieën). Daarnaast zijn er nog theorieën welke gedrag zien als het resultaat van de interactie tussen het individu en de omgeving. De sociale leertheorie van Rotter (1954) behoort tot de laatstgenoemde theorieën. Met zijn theorie probeert Rotter de stimulus-response theorieën en de cognitieve theorieën te integreren. Gedrag komt volgens hem tot stand uit de wisselwerking tussen persoonlijke en situationele factoren.

Uitgangspunt van de sociale leertheorie is dat een individu in elke situatie verschillende gedragsmogelijkheden heeft. Bijvoorbeeld een student die de volgende dag een examen heeft, kan 's avonds nog gaan studeren, hij kan naar een feest gaan, of zich op een andere wijze ontspannen. Aan de hand van de prioriteit, of in termen van Rotter de gedragspotentie, zal hij een keuze maken uit deze gedragsmogelijkheden. Deze prioriteit of gedragspotentie wordt bepaald door twee factoren. Allereerst de verwachting van het individu, welk gevolg het gedrag zal hebben (de verwachting genoemd). Bijvoorbeeld de student kan de verwachting hebben, dat hij door 's avonds nog enkele artikelen door te kijken, zijn kansen om te slagen vergroot. Vervolgens is van invloed welke waarde het individu aan het ge-

volg (of de bekrachtiging) hecht (bekrachtigingswaarde). Dus in welke mate vindt de student het belangrijk voor het examen te slagen? Aan de hand van de verwachting en de bekrachtigingswaarde kan voor elke gedragsmogelijkheid een prioriteit aangebracht worden. Gedrag, waarvan het individu verwacht dat het een gewenste bekrachtiging oplevert, heeft hierbij een hogere prioriteit dan gedrag met een verwachte ongewenste bekrachtiging. Het gedrag met de hoogste prioriteit zal vervolgens uitgevoerd worden. Dit betekent dat het individu in een situatie dat gedrag zal tonen, waarvan hij/zij verwacht dat het de meest gewenste bekrachtiging tot gevolg heeft.

Hierbij moet rekening worden gehouden met het feit dat per situatie de prioriteit van gedrag ofwel de gedragspotentie kan verschillen. Hetzelfde geldt uiteraard voor de verwachting (omtrekt de bekrachtiging) en de bekrachtigingswaarde. Per situatie kan de student van mening verschillen over de verwachting dat het 's avonds studeren nog effect heeft op het al of niet slagen, terwijl ook de waarde die hij hecht aan het slagen per examen kan verschillen. Zowel de gedragspotentie, de verwachting als de bekrachtigingswaarde zijn dus situatie-afhankelijk. In zijn oorspronkelijke beschrijving van de sociale leertheorie beperkte Rotter zich tot deze drie situatie-afhankelijke variabelen: de verwachting plus de bekrachtigingswaarde bepalen de gedragspotentie op basis waarvan het individu een keuze maakt uit diverse gedragsmogelijkheden.

In latere publicaties breidt Rotter (1966; Rotter e.a., 1969, 1972) zijn model verder uit met een situatie-onafhankelijke variabele. Gedrag wordt niet alleen bepaald door situationele factoren, maar ook door hetgeen het individu uit vroegere (soortgelijke) situaties heeft geleerd. Dit noemt Rotter de gegeneraliseerde verwachting. Verwachtingen generaliseren volgens Rotter van een specifieke situatie naar een serie van situaties, welke door het individu als soortgelijk worden ervaren. Een gegeneraliseerde verwachting is dus een aangeleerde verwachting, die gebaseerd is op vroegere ervaringen in soortgelijke situaties, en die op basis van nieuwe ervaringen aangepast of versterkt kan worden.

Eerder hebben we gezien dat de gedragspotentie bepaald wordt aan de hand van de verwachting en de bekrachtigingswaarde. De hier genoemde verwachting is de resultante van enerzijds een specifieke verwachting, welke bepaald wordt door ervaringen met dezelfde situatie, en anderzijds door de gegeneraliseerde verwachting. Om aan te geven welke invloed beide op de uiteindelijke verwachting hebben geeft Rotter de volgende formule:

$$Es = \frac{f(Es' \& GE)}{Ns}$$

De uiteindelijke verwachting (Es) wordt dus bepaald aan de hand van enerzijds de specifieke verwachting (Es') en anderzijds de gegeneraliseerde verwachting (GE) gedeeld door het aantal vroegere ervaringen met die specifieke situatie (Ns). Naarmate men meer ervaring met een bepaalde situa-

tie heeft, zal men zich dus minder laten leiden door gegeneraliseerde verwachtingen.

Voor de bekrachtigingswaarde zou men een soortgelijke redenering kunnen opbouwen. Naast een situatie-afhankelijke waarde zou men ook een situatie-onafhankelijke waarde kunnen onderscheiden. Ofschoon Rotter zich realiseert dat "often reinforcements values have considerable stability across both situation and time" (Rotter e.a., 1972, p.18), maakt hij zelf dit onderscheid niet. Ook Janssen en Voestermans (1978) komen in hun onderzoek tot de conclusie dat een dergelijk onderscheid slechts beperkte waarde heeft. Een algemene waardenorientatie doet niet onder voor een specifieke orientatie. Vandaar dat in de in figuur 2.1 weergegeven samenvatting van Rotter's model de bekrachtigingswaarde niet verder is opgesplitst naar een gegeneraliseerde en een specifieke bekrachtigingswaarde.

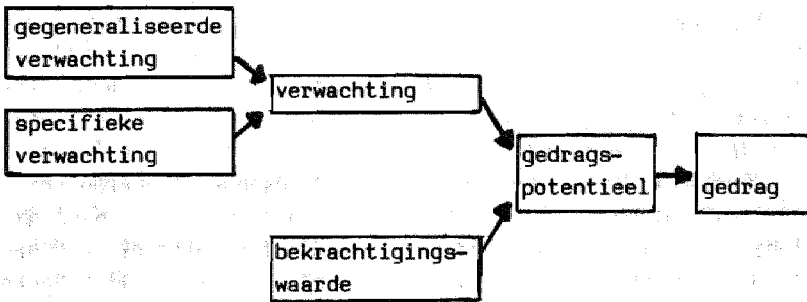


Fig. 2.1 De sociale leertheorie schematisch weergegeven.

2.2 DE BEHEERSINGSORIENTATIE

In het voorgaande hebben we gezien dat Rotter naast een situatie-specifieke verwachting ook een gegeneraliseerde verwachting onderscheidt. De beheersingsorientatie is een voorbeeld van een dergelijke gegeneraliseerde verwachting.

Bekend is de ideaal-typische indeling die Rotter maakt op basis van de beheersingsorientatie. Hij maakt een onderscheid tussen personen die intern en personen die extern georiënteerd zijn. Intern-georiënteerden zijn personen die verwachten dat ze alles zelf in de hand hebben, terwijl extern-georiënteerden het idee hebben dat met name externe zaken zoals toeval, machtige anderen of het noodlot, hun leven beheersen.

Aan de hand van de plaats van de beheersingsorientatie binnen de sociale leertheorie en de relatie met enkele, vaak als synoniem voor de beheersingsorientatie gebruikte concepten, zullen we in deze paragraaf toewerken naar een verdere afbakening van de beheersingsorientatie.

2.2.1 DE BEHEERSINGSORIENTATIE BINNEN DE SOCIALE LEERTHEORIE

Voor een juiste plaatsbepaling binnen het model van Rotter moet een onderscheid worden gemaakt tussen een tweetal soorten gegeneraliseerde verwachtingen, namelijk de gegeneraliseerde verwachtingen omtrent de bekrachtiging (GER) en de probleemoplossende verwachtingen (GEP).

Bij de gegeneraliseerde verwachting omtrent de bekrachtiging heeft er een generalisatie plaats gevonden over de bekrachtiging. Een voorbeeld van een dergelijke verwachting is de verwachting van een student dat hij door hard te werken altijd slaagt voor een examen. Deze verwachting kan nog verder generaliseren over andere situaties. Bijvoorbeeld dat hij verwacht dat hij door hard te werken meestal succes zal hebben in zijn leven.

Bij de probleemoplossende gegeneraliseerde verwachting is de generalisatie niet gebaseerd op de bekrachtiging, maar op andere aspecten van de situatie. Als voorbeeld van een dergelijke verwachting noemt Rotter (1975b) het interpersoonlijk vertrouwen. De persoon verwacht in uiteenlopende situaties, ongeacht de bekrachtiging, dat hij anderen kan vertrouwen, of juist niet kan vertrouwen. De mate waarin men anderen vertrouwt zal het uiteindelijke gedrag beïnvloeden.

Een ander voorbeeld van een probleemoplossende gegeneraliseerde verwachting is de beheersingsorientatie. Hoewel deze ook iets zegt over de bekrachtiging, is het geen gegeneraliseerde verwachting omtrent de bekrachtiging. De beheersingsorientatie zegt namelijk iets over de beheersing van de bekrachtiging. Het geeft aan wie of wat het verkrijgen van de bekrachtiging kan beïnvloeden, en niet of een dergelijke bekrachtiging inderdaad zal volgen op het gedrag. De verwachting dat men altijd succes heeft, is een voorbeeld van een gegeneraliseerde verwachting omtrent de bekrachtiging, aangezien de verwachting alleen betrekking heeft op het al of niet verkrijgen van de bekrachtiging. Echter de verwachting dat men succes voornamelijk aan zichzelf (eigen gedrag) of aan geluk of toeval te danken heeft, is een voorbeeld van de beheersingsorientatie. Het kenmerkende onderscheid tussen de beheersingsorientatie en de gegeneraliseerde verwachting omtrent de bekrachtiging is dus, dat de eerste betrekking heeft op de beheersing van de bekrachtiging, terwijl de tweede betrekking heeft op het al of niet volgen van de bekrachtiging op het gedrag.

Samenvattend kunnen we zeggen dat de beheersingsorientatie binnen de sociale leertheorie tot de gegeneraliseerde verwachtingen behoort. Belangrijk hierbij is dat de beheersingsorientatie geen gegeneraliseerde verwachting omtrent de bekrachtiging is, maar behoort tot de categorie probleemoplossende verwachtingen.

Uit deze plaatsbepaling is ook af te leiden onder welke voorwaarden en in welke mate de beheersingsorientatie het uiteindelijke gedrag beïnvloedt. In paragraaf 2.4 zullen we dit verder uitwerken. Eerst zullen we echter aan de hand van enkele andere concepten het begrip beheersingsorientatie verder afbakenen.

2.2.2 DE BEHEERSINGSORIENTATIE EN AANVERWANTE CONCEPTEN

Op basis van het voorgaande is de beheersingsorientatie te definiëren als de gegeneraliseerde verwachting omtrent de beheersbaarheid van de bekrachtiging. Uitdrukkelijk wordt hier de term beheersbaarheid gebruikt en niet de term oorzakelijkheid, aangezien beide een verschillende betekenis kunnen hebben. Zo moet de oorzaak van een griep altijd gezocht worden bij een virus, maar men kan wel een verschillende mening hebben over de vraag in welke mate men het krijgen van een griep kan beïnvloeden ofwel beheersen. Aangezien het bij de beheersingsorientatie niet gaat om de vraag welke oorzaak ten grondslag ligt aan een bepaalde bekrachtiging, maar in hoeverre het gedrag of externe factoren de bekrachtiging beïnvloed heeft, preferen we hier de term beheersbaarheid boven de term oorzakelijkheid. Verder hebben we in het voorgaande reeds opgemerkt dat de beheersingsorientatie niet verward mag worden met de gegeneraliseerde verwachting omtrent de bekrachtiging, zoals de verwachting dat men altijd succes heeft.

Behalve dit onderscheid zijn er nog een aantal concepten die ogenschijnlijk wel op de beheersingsorientatie lijken, maar welke op z'n minst theoretisch van de beheersingsorientatie moeten worden onderscheiden. In deze paragraaf zullen we achtereenvolgens kort ingaan op "locus of causality" (De Charms, 1968), "self-efficacy" en "outcome-expectations" (Bandura, 1977), en uitgebreider op het concept machteloosheid.

Het concept "locus of causality", ook wel "personal causality" genoemd, is geïntroduceerd door De Charms (1968). Hij brengt hiermee een ideaaltypisch onderscheid aan tussen personen die het eigen gedrag als een keuze ervaren (de "origens" genoemd) en personen die het eigen gedrag ervaren als iets dat door externe factoren bepaald wordt (de "pawns" genoemd). Hoewel de beheersingsorientatie en de "locus of causality" allebei betrekking hebben op de beheersing, is het voorwerp van de beheersing bij beide verschillend. Bij de "locus of causality" gaat het om de beheersing van het eigen gedrag, bij de beheersingsorientatie gaat het om de beheersing van de bekrachtiging. Volgens De Charms (1981) blijkt uit onderzoek, dat beide concepten niet met elkaar samenhangen.

Twee andere termen die vaker genoemd worden in relatie met de beheersingsorientatie zijn "self-efficacy" en "outcome-expectations" van Bandura (1977). "Self-efficacy" verwijst naar de opvatting van een individu dat hij of zij het vereiste gedrag met succes kan volbrengen, terwijl de "outcome-expectations" betrekking hebben op de verwachting dat op het gedrag daadwerkelijk de bedoelde bekrachtiging volgt. De "outcome-expectations" komen dus overeen met hetgeen Rotter de (gegeneraliseerde) verwachting omtrent de bekrachtiging noemt. Het concept "self-efficacy" komt echter, wellicht ten onrechte, niet voor in de sociale leertheorie van

Rotter. Rotter gaat ervan uit dat een persoon, gegeven de situatie en gegeven zijn of haar gedragsmogelijkheden, komt tot een keuze voor het gedrag, waarvan hij of zij verwacht dat het de meest gewenste bekrachtiging oplevert. In tegenstelling tot Rotter gaat Bandura echter niet uit van de verschillende gedragsmogelijkheden; maar van de gewenste bekrachtiging. Volgens Bandura zoekt het individu bij een bepaalde gewenste bekrachtiging het vereiste gedrag. In dat geval is het echter relevant of het individu van mening is het vereiste gedrag met succes te kunnen volbrengen, hetgeen Bandura met de term "self-efficacy" aangeeft.

De voorgaande concepten laten zich aan de hand van het volgende schema (zie fig. 2.2) onderscheiden.

	beheersbaarheid	bereikbaarheid
gedrag	locus of causality (De Charms, 1968)	self-efficacy (Bandura, 1977)
bekrachtiging	beheersingsorientatie (Rotter e.a, 1962)	outcome-expectations (Bandura, 1977)

Fig. 2.2 Overeenkomsten en verschillen van de vier concepten.

In dit schema komen de verschillen en de overeenkomsten van de vier concepten tot uitdrukking. De "locus of causality" en de "self-efficacy" hebben allebei betrekking op het gedrag. De eerste zegt iets over de beheersbaarheid van het gedrag, terwijl de tweede iets zegt over het al of niet ten uitvoer kunnen brengen van het gedrag. De beheersingsorientatie en de "outcome-expectations" hebben gemeen dat ze beide betrekking hebben op de bekrachtiging, waarbij de eerste weer iets zegt over de verwachte beheersbaarheid van de bekrachtiging, terwijl de tweede betrekking heeft op de verwachting omtrent de bekrachtiging.

Tot zover hebben we het concept beheersingsorientatie kunnen afbakenen door aan te geven wat er wel en wat er niet onder verstaan moet worden. Tot slot willen we wat uitvoeriger stilstaan bij een concept dat vaak als synoniem is gebruikt voor de beheersingsorientatie, en juist daardoor de theorievorming omtrent de beheersingsorientatie heeft bemoeilijkt, namelijk het concept machteloosheid.

Historisch gezien is de relatie tussen beide concepten niet onbegrijpelijk. Rotter heeft namelijk samen met een van de belangrijkste figuren

uit de vervreemdingsliteratuur, Melvin Seeman, zijn "Locus of control scale" ontwikkeld. Deze schaal werd door Rotter gebruikt om de beheersingsorientatie te meten, terwijl Seeman dezelfde schaal als meetinstrument voor machteloosheid gebruikte. Seeman's definitie van machteloosheid is dan ook vrijwel identiek aan Rotter's definitie van de beheersingsorientatie (Seeman, 1959).

In een poging beide concepten te onderscheiden stelt Seeman (1959), dat machteloosheid met name betrekking heeft op meer socio-politieke gebeurtenissen, op de relatie van de mens met de hogere sociale orde. Dit zou betekenen dat machteloosheid en beheersingsorientatie identieke concepten zijn, welke alleen naar gelang de aard van de bekrachtiging verschillend gebruikt moeten worden. Bij socio-politieke gebeurtenissen zou men moeten spreken van machteloosheid, terwijl bij meer persoonlijke gebeurtenissen men het concept beheersingsorientatie zou moeten gebruiken. Een weinig bevredigend onderscheid, moet men helaas zeggen.

Een zinvoller en essentieler onderscheid tussen beide concepten is af te leiden uit de definitie die Heunks (1973) geeft van machteloosheid: machteloosheid is het ontbreken, het onduidelijk of onaanvaardbaar zijn van de middelen om bepaalde doelen te bereiken. Verder stelt hij dat machteloosheid een subjectief onvoldoende bereikbaarheid van doeleinden is. Aan de hand van deze omschrijving kunnen een drietal voorwaarden geformuleerd worden waaraan voldaan moet worden, wil er sprake zijn van machteloosheid. Met behulp van deze voorwaarden zullen we het verschil tussen machteloosheid en de beheersingsorientatie duidelijk maken. Deze voorwaarden zijn:

1. Het individu moet een bepaalde bekrachtiging willen verkrijgen.
2. De middelen voor deze bekrachtiging moeten ontbreken, onduidelijk zijn of onaanvaardbaar zijn.
3. Het individu moet invloed willen uitoefenen.

De eerste voorwaarde spreekt voor zich, en komt overeen met de bekrachtigingswaarde uit de sociale leertheorie. Toch moet deze voorwaarde niet over het hoofd worden gezien, omdat volgens de sociale leertheorie gedrag pas tot stand komt als de bekrachtiging gewenst is.

De tweede voorwaarde is cruciaal. Volgens Rotter wordt de beheersing van de bekrachtiging toegeschreven aan het eigen gedrag of aan externe factoren. Beide kunnen opgevat worden als middelen om bepaalde doeleinden (bekrachtigingen) te bereiken. Volgens de tweede voorwaarde zal er pas sprake zijn van machteloosheid als deze middelen ontbreken, onduidelijk zijn of onaanvaardbaar zijn. Dit betekent dat, in tegenstelling tot Seeman's opvatting, er bij een externe beheersingsorientatie niet zonder meer sprake is van machteloosheid. Pas als deze externe factoren (middelen) als onduidelijk of onaanvaardbaar opgevat worden, kan dit volgens de tweede voorwaarde leiden tot machteloosheid. Antonovsky (personal communication, 1983) verwoordde dit als volgt: "Aan mijn gezondheid kan ik zelf weinig doen, maar ik heb drie goede vrienden, aan wie ik mijn ge-

zondheid volledig toevertrouw, namelijk mijn vrouw, mijn arts en God". Duidelijk is dat Antonovsky aan externe factoren de beheersing van zijn gezondheid toeschrijft, hetgeen we een externe beheersingsorientatie noemen. Uit niets blijkt echter dat hier sprake is machteloosheid.

Rothbaum e.a. (1982) gaan in dit kader nog een stap verder. Zij stellen dat in de beheersings-literatuur tot nu toe alleen aandacht is geweest voor de controle die men zelf, door middel van het eigen gedrag, over gebeurtenissen kan hebben. Dus alleen voor de interne beheersing of, zoals zij dit noemen, de primaire beheersing is belangstelling geweest. Toch kan men ook op andere wijze dan door middel van het eigen gedrag controle hebben op gebeurtenissen. Zo kan men op indirecte wijze zijn gezondheid beheersen, door bijvoorbeeld de externe beïnvloeders zoals de partner, de arts, en God te vriend te houden. Deze vorm van beheersing noemen Rothbaum e.a. secundaire beheersing. Bij primaire beheersing past het individu de situatie aan zichzelf aan. Bij secundaire controle past het individu zichzelf aan aan de situatie. Dit laatste kan volgens Rothbaum e.a. (1982) op een viertal wijzen. Allereerst door de eigen behoeften op een lager niveau te brengen in situaties, waarvoor men slechts beperkte vaardigheden heeft (predictieve beheersing). Verder kan men de beheersing toeschrijven aan kans of geluk (illusoire beheersing) of machtige anderen ("vicarious control"). Bij illusoire beheersing bereikt men een vorm van beheersing door zichzelf te omschrijven als iemand die altijd geluk heeft, of door met behulp van rituelen het geluk gunstig te stemmen. Bij "vicarious control" verkrijgt men beheersing door zich te vereenzelvigen met machtige anderen, en/of door deze te vriend te houden. Tot slot geven de drie voorgaande vormen van secundaire beheersing betekenis aan anders onbeheersbare ervaringen. De vaardigheid om gebeurtenissen zodanig te interpreteren dat men ze later begrijpt en accepteert noemen Rothbaum e.a. interpretatieve beheersing.

Uit het voorgaande wordt duidelijk dat een externe beheersing niet zonder meer opgevat mag worden als een synoniem voor machteloosheid. Een externe beheersingsorientatie kan zelfs een vorm van (secundaire) beheersing zijn. Pas als deze onaanvaardbaar of onduidelijk is voor het individu, kan dit leiden tot machteloosheid.

Ook een interne beheersing sluit het aanwezig zijn van machteloosheid niet uit. Evenals personen kunnen ook situaties verschillen in de mate waarin ze intern dan wel extern beheerst kunnen worden. Personen met een duidelijke interne beheersingsorientatie, zullen in situaties, waarin er geen sprake kan zijn van een interne beheersing, geen middelen voorhanden vinden om de wereld aan henzelf aan te passen. Voor hen geldt dus dat de middelen ontbreken of onduidelijk zijn, hetgeen volgens de tweede voorwaarde ook kan leiden tot machteloosheid.

Machteloosheid voortkomend uit een externe of voortkomend uit een interne beheersingsorientatie kan echter een verschillend effect hebben. Dit wordt duidelijk aan de hand van het psychologische equivalent van machteloosheid, namelijk hulpeloosheid (Seligman, 1975). Abramson e.a. (1978)

maken een onderscheid in twee soorten hulpeloosheid: universele en persoonlijke hulpeloosheid. Als een individu een bepaalde situatie opvat als oncontroleerbaar en dit toeschrijft aan persoonlijke kenmerken, bijvoorbeeld aan een gebrek aan juiste vaardigheden, dan noemt Abramson dit persoonlijke hulpeloosheid. Vat een individu de oncontroleerbare situatie op als niet typisch voor zijn gebrek aan vaardigheden, maar als een voor (vrijwel) iedereen oncontroleerbare situatie, dan spreekt hij van universele hulpeloosheid. De persoonlijke hulpeloosheid is dus het gevolg van een interne attributie, terwijl de universele hulpeloosheid een gevolg is van een externe attributie. Aangezien intern-georiënteerden meer geneigd zijn interne attributies te maken, zullen zij bij faalervaringen eerder een persoonlijke hulpeloosheid ervaren, terwijl extern-georiënteerden dan eerder een universele hulpeloosheid zullen ervaren. Dit onderscheid is van belang, omdat het effect van beide vormen verschillend kan zijn. Als voorbeeld noemen Abramson e.a. (1978) dat persoonlijke hulpeloosheid in tegenstelling tot de universele hulpeloosheid, leidt tot een laag zelfvertrouwen. Dit betekent dat hulpeloosheid of machteloosheid bij intern-georiënteerden eerder zal leiden tot een laag zelfvertrouwen dan bij extern-georiënteerden.

De derde en laatste voorwaarde die geformuleerd is om het onderscheid tussen machteloosheid en de beheersingsorientatie te verduidelijken - het individu moet invloed willen uitoefenen - zit reeds impliciet in de tweede voorwaarde. Toch is deze hier nog eens expliciet als een aparte voorwaarde genoemd, om het belang ervan te benadrukken. Men moet daadwerkelijk de behoefte voelen om (primaire dan wel secundaire) beheersing te willen alvorens er sprake kan zijn van machteloosheid. De verwachting dat men weinig invloed heeft, heeft niets met machteloosheid te maken, indien men geen invloed wil uitoefenen. De persoon functioneert dan naar eigen maatstaf bevredigend.

Samenvattend kunnen we zeggen dat de beheersingsorientatie een gegeneraliseerde verwachting omtrent de beheersbaarheid van bekrachtigingen is. In deze zin moet de beheersingsorientatie onderscheiden worden van concepten als "locus of causality", "self-efficacy", en "outcome-expectations". De interne en externe beheersingsorientatie kunnen opgevat worden als specifieke vormen van beheersing, welke in sommige situaties wel en in andere niet gepast zijn. In deze zin moet de externe beheersingsorientatie ook niet opgevat worden als een synoniem voor machteloosheid. Er is pas sprake van machteloosheid als een gewenst doel niet bereikt kan worden, omdat de middelen ontbreken, onaanvaardbaar zijn of onduidelijk zijn. Dit geldt zowel voor intern- als extern-georiënteerden, hoewel het psychologisch effect van machteloosheid bij beide groepen verschillend kan zijn.

2.3 DE DIMENSIONALITEIT VAN DE BEHEERSINGSORIENTATIE

2.3.1 INLEIDING

Vanaf de eerste onderzoeken over de beheersingsorientatie heeft de dimensionaliteit van het concept sterk in de belangstelling gestaan. Oorspronkelijk gingen Rotter e.a. bij de constructie van de Locus of Control Scale (zie bijlage 1) uit van een multi-dimensionaal construct. Echter op basis van een tweetal factor-analytische studies kwamen zij tot de conclusie dat het meetinstrument slechts één dimensie bevatte (Rotter, 1966). Toen uit latere studies bleek dat het concept multi-dimensionaal was, verdedigde Rotter (1975a) zijn oorspronkelijke conclusie met het argument dat in de loop der jaren de opvattingen binnen de maatschappij meer gedifferentieerd waren geworden. Prociuk (1977) komt echter tot een geheel andere verklaring. Hij bestudeerde een van de door Rotter (1966) aangehaalde factor-analytische studies (Franklin, 1963), en herhaalde op het oorspronkelijke materiaal de factor-analyse. Op basis hiervan kwam hij tot de conclusie dat Franklin's resultaat gebaseerd was op een foutieve interpretatie van de "common variance explained". De eerste factor verklaarde geen 53% van de variantie, zoals Franklin beweerde, maar slechts 9%. Het concept is dus in de loop der jaren niet veranderd van één- naar multi-dimensionaal, maar is nooit één-dimensionaal geweest (Paulhus en Christie, 1981).

De vraag welke dimensies er onderscheiden kunnen worden in de beheersingsorientatie, behoort in eerste instantie een theoretische vraag te zijn, aangezien een meetinstrument zodanig geconstrueerd kan worden, dat het een of meer dimensies bevat. Verschillende auteurs (Rotter, 1975a; Lefcourt, 1976; Klandermans en Visser, 1983) benadrukken dan ook dat het weinig zinvol is steeds weer opnieuw de multi-dimensionaliteit van het construct vast te stellen. Nieuwe dimensies zijn pas zinvol, als deze een theoretische grondslag hebben en als blijkt dat deze een specifieke verklaringswaarde hebben. Een posthoc constructie van dimensies draagt weinig bij tot theorievorming (Klandermans en Visser, 1983). Deze visie moet echter niet leiden tot het hernieuwd innemen van Rotter's oorspronkelijke standpunt. Hiertegen zijn op dit moment teveel theoretische en empirische argumenten in te brengen.

Over het algemeen wordt de beheersingsorientatie onderscheiden naar vier soorten dimensies. Deze zijn:

1. beheersende instantie, bijvoorbeeld de persoon zelf, de machtige anderen of het toeval,
2. bekrachtigingsgebieden, bijvoorbeeld bekrachtigingen die betrekking hebben op politieke gebeurtenissen of op gezondheid,
3. aard van de bekrachtiging, namelijk positief en negatief,

4. object van de beheersingsorientatie, namelijk de persoon zelf en mensen in het algemeen.

Op elk van deze soorten dimensies zullen we in de volgende subparagrafen ingaan.

2.3.2 BEHEERSENDE INSTANTIE

Uit Rotter's omschrijvingen van de beheersingsorientatie blijkt dat hij een tweetal tegengestelde beheersende instanties onderscheidt: de persoon zelf (de interne beheersende instantie) en verder alle factoren buiten de persoon (de externe beheersende instantie). Hoewel hij verschillende externe beheersende instanties noemt, zoals kans of geluk, het noodlot, machtige anderen en een te complexe wereld, onderscheidt hij deze verder niet. Hij voegt ze tesamen tot één externe beheersende instantie. Uit een studie met een aangepaste versie van Rotter's vragenlijst bleek echter dat de externe beheersende instanties onderling onderscheiden kunnen worden (Collins, 1974), hetgeen bevestigd werd in studies met andere beheersingsorientatie-vragenlijsten (Finch e.a., 1981; Levenson, 1973).

De vraag is of een verdere differentiatie van de externe beheersende instantie ook niet zinvoller is. De verwachting dat bijvoorbeeld met name de arts de gezondheid beheerst zal wellicht tot een ander gedrag leiden dan de verwachting dat kans of geluk de gezondheid beheersen. Een van de eersten die een dergelijk onderscheid binnen de externe beheersingsorientatie aanbracht, was Levenson (1973). Zij kwam op basis van persoonlijke ervaringen (Levenson, 1981) tot de conclusie dat binnen de externe beheersingsorientatie een onderscheid gemaakt moest worden tussen beheersing door machtige anderen en beheersing door kans of geluk. Factor-analyse op een door haar ontwikkelde vragenlijst leidde tot de drie beoogde dimensies. In diverse studies is in de loop der jaren deze structuur bevestigd en tevens zinvol gebleken (Levenson, 1973, 1974, 1981; Hartke e.a., 1982; Walkey, 1979; Wallston e.a., 1978; Wallston en Wallston, 1981).

Een tweede vraag die gesteld kan worden naar aanleiding van Rotter's omschrijving van de beheersingsorientatie, is of de interne en de externe (al dan niet gedifferentieerde) beheersingsorientatie wel opgevat mogen worden als de twee polen van een continuum of als twee of meer afzonderlijke dimensies. Met andere woorden hebben degenen die geen interne orientatie hebben noodzakelijkerwijs een externe orientatie?

Andriessen en Van Cadsand (1983) vinden bij factor-analyse van de door Andriessen (1972) vertaalde en enigszins aangepaste vragenlijst van Rotter, twee duidelijke factoren, te weten een factor met uitsluitend intern geformuleerde uitspraken en een factor met uitsluitend extern geformuleerde uitspraken. Dit wijst erop dat een interne en een externe orienta-

tie twee verschillende orientaties zijn. De interpretatie van deze factor-analyse wordt echter enigszins bemoeilijkt door het feit dat in de door Andriessen gebruikte, maar ook in de door Rotter ontwikkelde vragenlijst, de externe uitspraken zodanig geformuleerd zijn, dat deze eerder het concept machteloosheid meten dan een externe beheersingsorientatie (zie paragraaf 3.2.1.1). In de vorige paragraaf zijn we reeds uitvoerig ingegaan op het verschil tussen beide concepten. De bevindingen van Andriessen en van Cadsand moeten dan ook worden opgevat als een onderscheid tussen de interne beheersingsorientatie en machteloosheid en niet zozeer als een onderscheid tussen de interne en de externe beheersingsorientatie.

In de door Levenson (1973) ontwikkelde vragenlijst verwijzen de externe uitspraken niet naar machteloosheid. Daarom biedt deze lijst betere aanknopingspunten voor de beantwoording van onze vraag. Uit verschillende studies met deze lijst blijkt dat de beide externe beheersingsorientaties (machtige anderen en kans of geluk) wel onderling samenhangen (van .41 tot .60; Levenson, 1981), maar dat de interne beheersingsorientatie nauwelijks samenhangt met deze externe orientaties (van -.25 tot .19; Levenson, 1981). Hieruit is af te leiden dat de interne en de externe beheersingsorientatie afzonderlijke dimensies vormen. Dit is ook meer in overeenstemming met de gangbare visie dat situaties multi-conditioneel zijn. Gebeurtenissen worden niet beheerst door of..... of....., maar door en..... en.....

Dat een interne en een externe orientatie onafhankelijk van elkaar zijn betekent ook dat er naast een interne en een externe orientatie een derde beheersingsorientatie mogelijk is, namelijk de overtuiging dat er in het geheel geen beheersing mogelijk is. In negatieve zin kan dit op machteloosheid duiden. In positieve zin kan dit worden opgevat als een vorm van secundaire beheersing, en wel als interpretatieve beheersing (Rothbaum e.a., 1982). Hoewel deze vorm van beheersing ook opgevat kan worden als een externe beheersingsorientatie, is het goed deze als een aparte vorm te onderscheiden.

Samenvattend kunnen we zodoende concluderen dat de interne en de externe beheersingsorientaties van elkaar onderscheiden moeten worden, waarbij het zinvol is gebleken de externe orientatie te differentieren naar meerdere externe beheersende instanties.

2.3.3 BEKRACHTIGINGSGEBIEDEN

Behalve naar de beheersende instantie laat de beheersingsorientatie zich ook onderscheiden naar diverse soorten bekrachtigingen. De eerste onderzoeken die hiertoe een aanzet gaven zijn van Mirels (1970) en Abramowitz (1973). Mirels vond met de vragenlijst van Rotter twee factoren, namelijk

een factor welke uitspraken omvatte betreffende gebeurtenissen uit de directe omgeving en een factor die betrekking had op politieke gebeurtenissen. Joe en Jahn (1973) en Reid en Ware (1973) kwamen tot vrijwel dezelfde bevindingen. Dat een dergelijk onderscheid ook zinvol is, bevestigde het onderzoek van Abramowitz (1973). Hij vergeleek de scores op de Kerpelman Political Activity Scale met de scores op de twee door Mirels onderscheiden factoren van Rotter's vragenlijst. Hieruit bleek dat politieke betrokkenheid wel door de politieke schaal, maar niet door de schaal die betrekking had op gebeurtenissen uit de directe omgeving, werd verklaard. Echter ook de totaal-score van Rotter's vragenlijst bleek de politieke betrokkenheid niet te verklaren.

Het onderscheiden van bekrachtigingsgebieden, zoals politieke gebeurtenissen en gebeurtenissen uit de directe omgeving roept de vraag op naar de mate van generalisatie. Uit de sociale leertheorie volgt dat gegeneraliseerde verwachtingen kunnen variëren in de mate van generalisatie. Een specifieke verwachting heeft betrekking op één specifieke situatie. Naarmate deze verwachting in meer situaties toepasbaar is neemt de mate van generalisatie toe. Voor de beheersingsorientatie geldt dit ook, aangezien deze gedefinieerd is als een gegeneraliseerde verwachting.

De beheersingsorientatie kan dus zeer specifiek gemeten worden bijvoorbeeld ten aanzien van het stoppen met roken, wat algemener zoals ten aanzien van gezondheid, of zeer algemeen, dat wil zeggen betrekking hebbend op alle bekrachtigingen. Het zal duidelijk zijn dat naarmate men de beheersingsorientatie specifiekere meet, deze ook een grotere voorspellende waarde krijgt, aangezien de beheersingsorientatie dan meer de specifieke verwachting benadert omtrent de beheersing in een specifieke situatie. Zo vond Saltzer (1978) dat een door haar ontwikkelde Weight Locus of Control Scale een goede voorspeller was van het al of niet deelnemen aan een cursus voor overgewicht, terwijl een Health Locus of Control Scale (Wallston e.a., 1976a) en Rotter's vragenlijst geen significante verklaring gaven voor het wel of niet deelnemen aan de betreffende cursus. Een nadeel van een specifiekere beheersingsorientatie is echter dat het belang ervan afneemt, aangezien een specifieke orientatie minder generaliserende waarde heeft.

Samengevat kunnen we zeggen dat het zinvol is een onderscheid aan te brengen binnen de beheersingsorientatie naar diverse bekrachtigingsgebieden. Enerzijds omdat de beheersingsorientatie sterk kan verschillen per bekrachtigingsgebied, anderzijds omdat een meer specifieke beheersingsorientatie een beter voorspellend vermogen heeft dan een meer algemene beheersingsorientatie.

2.3.4 AARD VAN DE BEKRACHTIGING

Een ander onderscheid dat van belang is voor de beheersingsorientatie is het onderscheid tussen positieve en negatieve bekrachtigingen. Hoewel Rotter stelt dat individuen met een interne beheersingsorientatie zich ook verantwoordelijk voelen voor negatieve gebeurtenissen, blijkt deze relatie complexer te zijn dan hij voorstelt.

Een positieve bekrachtiging is een bekrachtiging, welke het individu probeert te verkrijgen. Een negatieve bekrachtiging daarentegen probeert het individu te vermijden of te voorkomen. Bijvoorbeeld waardering zal men proberen te verkrijgen, angst zal men proberen te voorkomen. Beide typen bekrachtigingen vereisen dus verschillende gedragingen. De verwachting of men deze bekrachtigingen zelf kan beheersen, zal zodoende verschillen.

Op basis van een aantal studies komt Gregory (1981) tot de conclusie dat een interne orientatie ten aanzien van positieve gebeurtenissen niets zegt over een interne orientatie ten aanzien van negatieve gebeurtenissen. Beide interne orientaties moeten als aparte orientaties worden opgevat. Zo vond Mischel e.a. (1974) dat activiteiten die gericht zijn op het verkrijgen van gewenste bekrachtigingen beter worden verklaard door een interne beheersing van succesvolle ervaringen, dan door een interne beheersing van faalervaringen. Het ontwijken van vervelende consequenties bleek echter beter voorspelbaar door een interne beheersing van faalervaringen. Verder vonden ook Ducette e.a. (1972) dat bij kinderen de beheersingsorientatie ten aanzien van succeservaringen verschilde van de beheersingsorientatie ten aanzien van faalervaringen.

Opgemerkt moet worden dat de vele factor-analytische studies met Rotter's vragenlijst nooit geleid hebben tot een onderscheid tussen positieve en negatieve bekrachtigingen. Volgens een studie van Gregory (1981) moet dit echter verklaard worden uit het feit dat deze vragenlijst met name gericht is op negatieve bekrachtigingen.

Samenvattend kunnen we concluderen dat bij de beheersingsorientatie een onderscheid gemaakt moet worden tussen positieve en negatieve bekrachtigingen, aangezien ten aanzien van beide de beheersingsorientatie kan verschillen.

2.3.5 OBJECT VAN DE BEHEERSENDE INSTANTIE

De beheersingsorientatie, zoals die tot nu toe is gebruikt, heeft betrekking op de beheersing door de persoon in kwestie zelf. Hij of zij verwacht dat de bekrachtiging beheerst wordt door het eigen gedrag of door externe factoren. Behalve deze verwachting zou men naar analogie van het onderscheid in persoonlijke en universele hulpeloosheid (Abramson e.a., 1978), ook een universele verwachting kunnen onderscheiden die be-

trekking heeft op personen in het algemeen. Dus de verwachting van een individu dat personen in het algemeen beheersing hebben over bekrachtigingen of dat deze bekrachtigingen beheerst worden door externe factoren. Een dergelijk onderscheid is gevonden door Gurin e.a. (1969; 1978) met behulp van een factor-analyse op de enigszins gewijzigde vragenlijst van Rotter. De eerste factor - "Personal Control" genoemd - bevatte alle uitspraken gesteld in de ik-vorm, terwijl de tweede factor - "Control Ideology" - gevormd werd door uitspraken in de men-vorm.

Hoewel dit onderscheid vaak in overzichtsliteratuur (Lefcourt, 1976; Phares, 1976; Andriessen en Van Cadsand, 1983) genoemd wordt, zijn er verschillende redenen om aan de waarde van dit onderscheid te twifelen. Tot nu toe is dit onderscheid in geen enkel ander onderzoek omtrent de multi-dimensionaliteit van het concept gevonden. Lao (1970) bevestigt het onderscheid wel, maar maakt hierbij gebruik van hetzelfde databestand als Gurin e.a. (1969). Coan e.a. (1973a) vonden met een zelf geconstrueerde vragenlijst zeven factoren, waarvan er vier voornamelijk betrekking hadden op uitspraken in de ik-vorm en twee op uitspraken in de men-vorm. Onduidelijk is echter of dit onderscheid toegeschreven moet worden aan vorm- of inhoudelijke verschillen.

Gurin e.a. (1978) zelf verklaren het feit dat tot nu toe niemand dit onderscheid heeft gevonden, door te stellen dat zij een andere factor-analytische methode gebruikt hebben. Bij gebruik van de door Mirels (1970) gebruikte methode vinden zij dezelfde factoren als Mirels, namelijk één welke betrekking heeft op gebeurtenissen uit de directe omgeving en één welke betrekking heeft op politieke gebeurtenissen. Aangezien de uitspraken in de ik-vorm samenhangen met meer persoonlijke gebeurtenissen en de uitspraken in de men-vorm samenhangen met politieke attitude en gedrag (Gurin e.a., 1978), is het niet ondenkbaar dat het gevonden onderscheid meer gebaseerd is op inhoudelijke gronden dan op de vorm van de uitspraken.

Om dit na te gaan hebben we in een eerder onderzoek 36 respondenten eenzelfde gezondheidsspecifieke beheersingsorientatie-lijst voorgelegd, bestaande uit drie schalen, eenmaal in de ik-vorm en eenmaal in de men-vorm. Hieruit bleek dat de overeenkomstige schalen bij de ik- en de men-vorm onderling hoog correleerden (.84, .91, .81), terwijl de schalen bij de ik-vorm op gelijke wijze onderling samenhangen, als de schalen bij de men-vorm. Dit betekent dat tenminste voor de gezondheidsspecifieke beheersingsorientatie geldt dat de ik- en de men-vorm geen verschillende soorten orientaties vormen. Aangenomen mag worden dat het door Gurin e.a. gevonden onderscheid waarschijnlijk niet aan vorm, maar aan inhoudelijke verschillen moet worden toegeschreven.

Hoewel op theoretische gronden een dergelijk onderscheid wellicht relevant is, moet op basis van het voorgaande betwijfeld worden of een dergelijk onderscheid bij de beheersingsorientatie feitelijk aanwezig is.

2.4 HET BELANG VAN DE BEHEERSINGSORIENTATIE

Tot nu toe zijn we met name ingegaan op de betekenis van de beheersingsorientatie. In deze paragraaf zal een geheel ander aspect besproken worden, namelijk in hoeverre theoretisch verwacht mag worden dat de beheersingsorientatie het uiteindelijke gedrag beïnvloedt.

We hebben reeds gezien dat de beheersingsorientatie een gegeneraliseerde verwachting is. Zoals uit het volgende zal blijken, geeft deze plaatsbepaling binnen de sociale leertheorie de grenzen aan van het verwachte effect van de beheersingsorientatie op het uiteindelijke gedrag.

Eerder hebben we gezien dat de invloed van gegeneraliseerde verwachtingen op de uiteindelijke verwachting afhangt van het aantal vroegere ervaringen van het individu met de situatie. Naarmate het individu meer ervaring heeft met een bepaalde situatie, zal de invloed van de gegeneraliseerde verwachtingen steeds kleiner worden. Het individu zal een meer uitgebalanceerd gedragspatroon gaan volgen, dat specifiek is afgestemd op de situatie. Echter in situaties waarmee het individu geen of weinig ervaringen heeft, zal het terugvallen op vroegere ervaringen in soortgelijke situaties. Met andere woorden alleen in nieuwe of ambigue situaties mag men aannemen dat gegeneraliseerde verwachtingen, zoals de beheersingsorientatie, de uiteindelijke verwachting beïnvloeden.

Hierbij moeten we tevens rekening houden met het feit dat de beheersingsorientatie slechts één van de gegeneraliseerde verwachtingen vormt.

Bovendien is de waarde, die het individu hecht aan de bekrachtiging, van belang. Volgens de sociale leertheorie wordt het gedrag bepaald aan de hand van de verwachting omtrent de bekrachtiging en aan de hand van de waarde die hij of zij hecht aan de bekrachtiging. Indien een persoon de bekrachtiging niet relevant vindt zal hij of zij ook geen moeite doen om de betreffende bekrachtiging te verkrijgen. De beheersingsorientatie zal dus alleen invloed hebben op gedrag wanneer de verwachte bekrachtiging voor de persoon relevant is.

Op basis van het voorgaande kunnen we dus stellen dat - uitgaande van de sociale leertheorie - de beheersingsorientatie alleen van invloed is op gedrag indien er sprake is van nieuwe of ambigue situaties en indien de persoon de bekrachtiging belangrijk vindt. Aangezien de beheersingsorientatie in die gevallen slechts één van de determinanten van gedrag is, betekent dit dat de invloed van de beheersingsorientatie op gedrag een beperkte reikwijdte heeft.

2.5 SAMENVATTING EN CONCLUSIE

In dit hoofdstuk is voornamelijk ingegaan op de betekenis en de dimensionaliteit van de beheersingsorientatie.

Op basis van het gestelde in dit hoofdstuk kunnen we de beheersingsorientatie omschrijven als de verwachting die een individu heeft door wie of wat de bekrachtiging wordt beheerst, en in welke mate. In dit opzicht moet de beheersingsorientatie ook onderscheiden worden van concepten als gegeneraliseerde verwachting omtrent de bekrachtiging, "locus of causality", "self-efficacy", en "outcome-expectations". Uitvoerig is ingegaan op het feit dat een externe orientatie niet identiek is aan machteloosheid. Machteloosheid is het gevolg van het ontbreken, onduidelijk zijn of onaanvaardbaar zijn van de middelen om gewenste bekrachtigingen te verkrijgen.

Verder is in dit hoofdstuk aangegeven dat het zinvol is het concept naar verschillende soorten dimensies te onderscheiden, zoals naar de beheersende instantie, naar het object van de beheersende instantie, en naar de bekrachtigingsgebieden. Nauw verwant hiermee is de mate van generalisatie. Naarmate de beheersingsorientatie specifiek is gericht op de situatie en de bekrachtiging zal deze meer invloed hebben op het uiteindelijke gedrag. Voorwaarde daarvoor is echter wel dat de situatie ambigue of nieuw moet zijn en dat de verwachte bekrachtiging gewenst is. De totale invloed van de beheersingsorientatie op gedrag heeft zodoende een beperkte reikwijdte.

HOOFDSTUK 3 METING VAN DE BEHEERSINGSORIENTATIE

In de loop der jaren is de betekenis van de beheersingsorientatie onder invloed van onderzoek en theoretische ontwikkelingen enigszins gewijzigd. Niet meer centraal staat de vraag of het individu van mening is dat hij of zij zelf de bekrachtiging kan beheersen, maar wie of wat deze bekrachtiging kan beheersen en in welke mate. Dientengevolge is ook de meting van het concept in de loop der jaren veranderd. Vandaar dat we hier een apart hoofdstuk aan wijden.

Om enige orde in het grote aantal meetinstrumenten van het concept (Rotter, 1966; Crandall e.a., 1965; Wallston e.a., 1976a, 1978a; Parcel en Meyer, 1978; Saltzer, 1978; Hill en Bale, 1980; Lefcourt, 1981a; Paulhus en Christie, 1981; Worell en Tumilty, 1981) aan te brengen zal in dit hoofdstuk eerst ingegaan worden op de vraag op welke wijzen de beheersingsorientatie gemeten kan worden. Vervolgens worden een viertal meetinstrumenten welke voor deze studie relevant zijn nader besproken. Tot slot zal kort worden ingegaan op enkele Nederlandse beheersingsorientatie vragenlijsten.

3.1 KEUZEMOMENTEN IN DE METING VAN DE BEHEERSINGSORIENTATIE

Aan de hand van de in het vorige hoofdstuk onderscheiden, dimensies binnen de beheersingsorientatie kunnen naast de gebruikelijke criteria van betrouwbaarheid en validiteit, een aantal keuzemomenten aangegeven worden voor de meting van de beheersingsorientatie.

3.1.1 BEHEERSENDE INSTANTIE

In het vorige hoofdstuk is aangegeven waarom de essentie van de beheersingsorientatie niet de verwachting van een individu is in welke mate men zelf invloed kan uitoefenen, maar de verwachting door wie of wat de bekrachtiging(en) beheerst worden en in welke mate. Dit betekent dat niet alleen een onderscheid gemaakt moet worden in een interne en een externe beheersingsorientatie, maar dat ook alle relevante - externe - beheersende instanties opgenomen dienen te worden. Nu is het praktisch gesproken onmogelijk om alle mogelijke externe instanties (van God tot en met de GG & GD) in een of meerdere schalen op te nemen, dus moet men een keuze ma-

ken. Een zinvolle indeling van beheersende instanties is de indeling van Levenson (1973) naar: de persoon zelf, de machtige anderen en de kans of het geluk. In specifieke situaties of bij specifieke bekrachtigingen kan het nuttig zijn een of meerdere externe beheersende instanties (bijvoorbeeld God) toe te voegen.

Aangezien uit diverse studies gebleken is dat de interne beheersings-orientatie onafhankelijk is van de externe beheersingsorientaties, moet elke orientatie met een afzonderlijke schaal gemeten worden. Een schaal voor de interne orientatie geeft uitsluitend informatie over de mate waarin men vindt dat men zelf de bekrachtigingen kan beheersen. Zonder uitsluitel te geven over de mate waarin verwacht wordt dat externe instanties de bekrachtiging beheersen.

3.1.2 BEKRACHTIGINGSGBIEDEN

Een ander belangrijk punt bij de operationalisatie van de beheersings-orientatie vormt de mate van generalisatie. Uit de sociale leertheorie is af te leiden dat de beheersingsorientatie kan variëren in de mate van generalisatie. Enerzijds kan de beheersingsorientatie zeer specifiek gemeten worden, zoals ten aanzien van het slagen voor een bepaald examen; anderzijds kan deze zeer algemeen gemeten worden, dus geldend voor vrijwel alle bekrachtigingen. Naarmate de beheersingsorientatie specifiekere gemeten wordt, is het verklarend vermogen groter. Echter een specifiekere beheersingsorientatie heeft wel de beperking dat de bruikbaarheid en de generaliseerbaarheid ervan geringer is. De mate van generalisatie vormt dus altijd een compromis tussen enerzijds het verklarend vermogen en anderzijds de zinvolheid. Vandaar dat er meetinstrumenten ontwikkeld zijn, die betrekking hebben op een bekrachtigingsgebied, dat wil zeggen op soortgelijke bekrachtigingen (bijvoorbeeld ten aanzien van gezondheid en ziekte). Aangezien de beheersingsorientaties ten aanzien van verschillende bekrachtigingsgebieden onderling kunnen verschillen en soms onafhankelijk van elkaar zijn (Mirels, 1970; Abramowitz, 1973), kan een verdere generalisatie tot problemen leiden.

Diverse auteurs zijn er daarom toe overgegaan specifieke beheersings-orientatie-schalen te construeren welke betrekking hebben op één bekrachtigingsgebied (Wallston e.a., 1976a, 1978a; Saltzer, 1978; Hill en Bale, 1980; Worell en Tumilly, 1981; Lefcourt, 1981a). De resultaten hiervan geven voldoende steun om door te gaan met het ontwikkelen van bekrachtigings-specifieke schalen. Lefcourt (1981a) beschrijft zelfs een model aan de hand waarvan beheersingsorientatie-schalen geconstrueerd kunnen worden. Tot nu toe hebben hij en zijn collega's twee specifieke schalen ontwikkeld, namelijk een ten aanzien van prestatie en een ten aanzien van affiliatie. Op hun programma staan nog schalen ten aanzien van werk, hu-

welijk, liefde, en affectie. Verder zijn bekrachtigings-specifieke schalen ontwikkeld ten aanzien van alcoholgebruik (Worell en Tumilly, 1981), ten aanzien van gezondheid en ziekte (Wallston e.a., 1976a, 1978a), en ten aanzien van geestelijke gezondheid (Hill en Bale, 1980).

3.1.3 AARD VAN DE BEKRACHTIGING

Behalve naar de beheersende instantie en naar de bekrachtiging moet de beheersingsorientatie ook onderscheiden worden naar positieve en negatieve bekrachtigingen. Positieve bekrachtigingen wil men verkrijgen, negatieve bekrachtigingen probeert men te vermijden of te voorkomen. Waardering wil men verkrijgen en angst voorkomen of vermijden. Beide typen bekrachtigingen vereisen echter andere vaardigheden, zodat ook de verwachting ten aanzien van beide kan verschillen. Dit betekent dat men zowel voor de positieve als voor de negatieve bekrachtiging(sgebieden) afzonderlijke schalen dient te construeren. In feite is dit dus een specifieke uitwerking van hetgeen reeds gesteld is in het voorgaande, aangezien ook daar is gesteld dat indien bekrachtigingen duidelijk verschillen, de beheersingsorientaties niet alleen kunnen verschillen, maar ook onafhankelijk van elkaar kunnen zijn. Dit is ook aannemelijk voor gezondheid en ziekte. Gedragingen die nodig zijn om gezond te blijven of ziekte te voorkomen kunnen verschillend zijn van de gedragingen die nodig zijn om van een ziekte te herstellen. De eerste noemen we gezondheidsgedrag (bijvoorbeeld niet roken, matig alcoholgebruik en voldoende lichaamsbeweging), de tweede noemen we ziektegedrag (bijvoorbeeld naar de dokter gaan, medicijngebruik en voldoende rust). Hoewel de bekrachtigingen gezond blijven en gezond worden, dus verschillende vaardigheden vereisen, is met twee gezondheidsspecifieke vragenlijsten van Wallston e.a. (1976a, 1978a), waarin beide bekrachtigingen voorkomen, een dergelijk onderscheid met factor-analyse nooit gevonden. Het is mogelijk dat personen de beheersing van beide bekrachtigingen op dit terrein op soortgelijke wijze inschatten.

3.1.4 OBJECT VAN DE BEHEERSENDE INSTANTIE

In het vorige hoofdstuk is aangegeven dat het onderscheid naar het object van de beheersingsorientatie (Gurin e.a., 1969, 1978) op zijn minst twijfelachtig is. Bij het verklaren van gedrag gaat het in eerste instantie om de verwachting van het individu aan wie of wat hij of zij de beheersing van de bekrachtiging toeschrijft, en niet om de verwachting van het

individueel aan wie of wat hij denkt dat anderen de beheersing van de bekrachtiging toeschrijven. Daarom lijkt het zinvoller bij de operationalisering van de beheersingsorientatie alleen het individu zelf als object te nemen.

3.1.5 SAMENVATTING

In het voorgaande zijn diverse keuzemomenten aangegeven bij de operationalisering van de beheersingsorientatie. Gesteld is dat een onderscheid gemaakt moet worden in interne en externe beheersende instanties, waarbij de externe instanties onderscheiden kunnen worden afhankelijk van de vraagstelling. Verder kan de beheersingsorientatie al naar gelang de gewenste mate van generalisatie specifiek of algemeen gemeten worden. Hierbij moet rekening worden gehouden met het feit dat naarmate de beheersingsorientatie specifiekere gemeten wordt, het voorspellend vermogen groter wordt, maar de algemene toepasbaarheid geringer. Hierbij dienen positieve en negatieve bekrachtigingen onderscheiden te worden. Tot slot is voorgesteld het individu zelf als object van de beheersingsorientatie te nemen.

Deze aanbevelingen en voorwaarden kunnen als volgt worden samengevat in de volgende "formule":

Kans	bepaalt	succes of	verschillende
Ik	bepaal	of ik mislukking heb met	bekrachtigings-
Anderen	bepalen		gebieden
etc.			

(Vrij naar Paulhus en Christie, 1981)

Met deze formule zijn voor elk bekrachtigingsgebied alle mogelijke facetten van de beheersingsorientatie vast te leggen. Voor elk facet moet een afzonderlijke schaal geconstrueerd worden.

3.2 VIER ENGELSTALIGE MEETINSTRUMENTEN VAN DE BEHEERSINGSORIENTATIE

In de vorige paragraaf zijn de uitgangspunten voor de operationalisering van de beheersingsorientatie aangegeven. Zoals we reeds eerder hebben opgemerkt, zijn er in de loop der tijd diverse meetinstrumenten ontwikkeld; of uit onvrede met de reeds bestaande instrumenten of omdat men de beheersingsorientatie specifiekere wilde meten. Ierecht merkt Lefcourt

(1981c) in dit verband op dat een concept niet verward moet worden met het meetinstrument. Hetgeen Rotter's oorspronkelijke vragenlijst meet is niet per definitie gelijk aan de beheersingsorientatie.

Voor onze studie zijn een viertal vragenlijsten interessant. Enerzijds omdat zij een goed beeld geven van de ontwikkeling van het concept, anderzijds omdat deze de meest gebruikte vragenlijsten zijn in onderzoek omtrent de relatie beheersingsorientatie en gezondheids- en ziektegedrag. Deze vragenlijsten zijn onder te verdelen naar twee algemene vragenlijsten, te weten Rotter's Locus of Control Scale (LOC) en Levenson's Multi-dimensional Locus of Control Scale (MLOC), en twee gezondheidsspecifieke vragenlijsten, beide van Wallston e.a., namelijk de Health Locus of Control Scale (HLOC) en de Multi-dimensional Health Locus of Control Scale (MHLOC). In het nu volgende zullen we nagaan in hoeverre deze lijsten de potentie hebben om de beheersingsorientatie te meten.

3.2.1 ALGEMENE BEHEERSINGSORIENTATIE-VRAGENLIJSTEN

3.2.1.1 ROTTER'S LOCUS OF CONTROL SCALE

Rotter's LOC is ontstaan uit een vragenlijst, welke in 1957 door Phares is ontwikkeld (vgl. Rotter, 1966). Deze vragenlijst bevatte 13 extern geformuleerde en 13 intern geformuleerde items. De resultaten die James (1957, vgl. Rotter, 1966) met een aangepaste versie verkreeg, waren dermate bemoedigend dat Rotter in samenwerking met Liverant en Seeman subschalen ontwikkelde voor verschillende bekrachtigingsgebieden, zoals prestatie, genegenheid, en meer algemene sociale en politieke attituden. Na een eerste versie van 100 items werd de lijst in verschillende fasen teruggebracht tot 23 forced-choice items, waaraan 6 filler-items werden toegevoegd. Van de oorspronkelijke opzet om voor verschillende bekrachtigingsgebieden afzonderlijke subschalen te ontwikkelen, werd afgezien. Door sommatie van de externe antwoorden wordt een totaalscore verkregen. In bijlage 1 is deze lijst weergegeven.

In diverse studies heeft Rotter (1966) de betrouwbaarheid van de vragenlijst onderzocht. De interne betrouwbaarheid varieert van .61 tot .79, hetgeen voor een lijst met 23 items niet hoog is, terwijl de test-hertest betrouwbaarheden variëren van .83 (1 maand) tot .49 (2 maanden). Hoewel Phares (1976) stelt dat de relatie met sociale wenselijkheid soms wel en soms niet gevonden wordt, geeft Rotter aan dat deze varieert tussen -.12 en -.41 (een interne orientatie gaat samen met sociale wenselijkheid). Een probleem met dergelijke vragenlijsten is altijd, dat onduidelijk is of sociale wenselijkheid gerelateerd is aan het te meten concept of aan de vragenlijst. Met andere woorden: gedragen intern-georienteerden zich

meer sociaal wenselijk of roept de vragenlijst iets op waardoor mensen meer sociaal wenselijke antwoorden geven. Met behulp van de theorie van "signal detectability" laat Schreiber (1980) zien dat sociale wenselijkheid niet met het concept beheersingsorientatie samenhangt, maar juist met de response bias van Rotter's LOC. Rotter's LOC geeft dus een vertekening van de beheersingsorientatie door sociaal wenselijke antwoorden.

Behalve een vertekening door sociaal wenselijke antwoorden, zijn er nog een aantal, meer fundamentele, kritiek-punten. Als eerste kan de vraag gesteld worden of de LOC wel het beoogde concept meet, zoals Klandermans (1983) zich terecht afvraagt. Eerder hebben we al gemeld dat in Rotter's vragenlijst de extern geformuleerde items meer machteloosheid dan externe orientatie weerspiegelen. Zo luiden de twee items met de hoogste correlatie met de totale schaal als volgt: "Vaak heb ik het gevoel dat ik weinig invloed heb op de dingen die mij overkomen" en "Wat betreft de belangrijkste zaken in de wereld, zijn de meesten van ons slachtoffer van krachten die we niet kunnen begrijpen, noch beheersen". Met name bij het tweede item wordt expliciet verwezen naar machteloosheid. Men kan noch zelf de zaken die men belangrijk vindt beheersen, noch kan men de krachten die invloed hebben, begrijpen of beheersen. In termen van Rothbaum e.a. (1982) is hier geen sprake van primaire maar ook niet van secundaire beheersing. Aangezien bij de LOC gebruik gemaakt wordt van forced-choice items, is het niet mogelijk de interne orientatie en machteloosheid als twee aparte schalen te gebruiken. Respondenten moeten steeds een keuze maken tussen een intern en een extern geformuleerd item. Uit de diverse onderzoeken, waarbij de forced-choice items veranderd zijn in afzonderlijke items met een Likert-antwoord schaal (Collins, 1974; Kleiter, vlg. Lefcourt, 1976; Andriessen en Van Cadsand, 1983) blijkt dat de interne items steeds een afzonderlijke factor vormen naast de externe (of machteloosheid) items. Een somscore op de LOC is dus een optelling van twee onafhankelijke concepten, zodat de betekenis die men hieraan moet toekennen onduidelijk is.

Een ander probleem is dat bij de LOC geen onderscheid is gemaakt naar bekrachtigingsgebieden. Ten onrechte kwam Rotter tot de conclusie dat de LOC slechts één algemene factor bevatte (Prociuk, 1977). Diverse auteurs (Mirels, 1970; Abramowitz, 1973; Joe en Jahn, 1973; Reid en Ware, 1973) zijn namelijk tot de conclusie gekomen dat binnen de LOC een onderscheid gemaakt moet worden naar twee bekrachtigingsgebieden, te weten politieke gebeurtenissen en gebeurtenissen uit de directe omgeving. Rotter's LOC bevat dus twee soorten beheersingsorientaties die van elkaar onderscheiden moeten worden, omdat ze onafhankelijk van elkaar zijn.

Samenvattend kunnen we concluderen dat een LOC-score door zowel de verwevenheid met het begrip machteloosheid, als door het samenvoegen van onafhankelijke bekrachtigingsgebieden, een onduidelijke betekenis heeft. De interne betrouwbaarheid ervan is wellicht hierdoor laag, terwijl de LOC ook een sociaal-wenselijke antwoordtendens uitlokt.

3.2.1.2 LEVENSON'S MLOC

Op basis van persoonlijke ervaringen kwam Levenson tot de conclusie dat binnen de externe beheersende instantie een onderscheid gemaakt moest worden tussen machtige anderen en kans of geluk. Factoranalyse op een door haar ontwikkelde vragenlijst leverde de drie beoogde factoren op, namelijk een interne, een machtige anderen, en een kans of geluk beheersingsorientatie (Levenson, 1974). Deze structuur werd door Levenson (1973), Walkey (1979), en Buttler en Burr (1980) bevestigd.

De MLOC bevat 24 Likert-items en wel voor elke schaal acht. Voorbeelden van dergelijke items zijn: "Of ik wel of niet een auto-ongeluk krijg, hangt voornamelijk af van hoe goed ik rijd" (interne beheersingsorientatie), "Of ik wel of niet een auto-ongeluk krijg, hangt voornamelijk af van de andere bestuurders" (machtige anderen orientatie), "Of ik wel of niet een auto-ongeluk krijg, is voornamelijk een kwestie van geluk" (kans-orientatie). In tegenstelling tot Rotter's LOC is de MLOC beperkt tot items die uitsluitend betrekking hebben op gebeurtenissen uit de directe omgeving. Items die betrekking hebben op politieke gebeurtenissen komen in de MLOC niet voor.

De interne betrouwbaarheden, berekend met behulp van Kuder-Richardson bedroegen .64 voor de interne orientatie-schaal (I), .77 voor de machtige anderen-schaal (P), en .78 voor de kans-schaal (C) (Levenson, 1974). Soortgelijke betrouwbaarheden werden gevonden door Levenson (1973), Wallston e.a. (1978a), en Walkey (1979). De split-half betrouwbaarheden bedroegen .62 (I), .66 (P) en .64 (C). De door Walkey (1979) gevonden split-half betrouwbaarheden zijn iets hoger. Ook de test-hertest betrouwbaarheden zijn goed; bij een periode van 7 weken bedroegen deze .66 (I), .62 (P), en .73 (C) (Lee, vlg. Levenson, 1981), terwijl Zukotynski en Levenson (vlg. Levenson, 1981) met een vereenvoudigde lijst, test-hertest betrouwbaarheden vonden van .85 (I), .91 (P), .65 (C) (tijdsduur onbekend). De samenhang met sociale wenselijkheid is laag, en varieert tussen -.10 en .11 (Levenson, 1981). Walkey (1979) vond iets hogere samenhangen, namelijk .19 (I), -.20 (P) en .09 (C).

De structuur tussen de drie schalen is redelijk stabiel. Zoals verwacht mocht worden is er een significante samenhang tussen de beide externe (P- en C-)schalen. De correlaties variëren van .40 tot .60. De correlaties tussen de beide externe-schalen en de interne-schaal zijn echter beduidend lager. Deze variëren van -.25 tot .19 (Levenson, 1973; Wallston e.a., 1978a; Walkey, 1979).

Samenvattend kunnen we zeggen dat de MLOC een betrouwbaar meetinstrument is, waarbij een onderscheid is gemaakt in drie beheersende instanties, welke op een min of meer constante wijze met elkaar samenhangen. Uit factor-analytische studies is niet gebleken dat er verschillende bekrachtigingsgebieden aan ten grondslag liggen.

Vergelijken we beide algemene beheersingsorientatie-vragenlijsten, dan lijkt de MLOC in potentie een betere vragenlijst dan de LOC. In tegenstelling tot de LOC wordt in de MLOC de beheersende instantie onderverdeeld naar drie instanties, terwijl de items betrekking hebben op één bekrachtigingsgebied, namelijk gebeurtenissen uit de directe omgeving. Dit is niet alleen de betrouwbaarheid ten goede gekomen, maar hierdoor werd ook duidelijker wat met de betreffende schalen gemeten wordt.

Gebruiken we de MLOC als indicator van de beheersingsorientatie dan rest de vraag wat de LOC meet. Dit in verband met het feit dat het merendeel van de studies omtrent de beheersingsorientatie verricht zijn met de LOC. Uit correlatie-berekeningen met de MLOC blijkt dat de LOC positief correleert met de kans-schaal van de MLOC (de samenhang varieert van .43 tot .56), en negatief met de interne-schaal (van -.15 tot -.41). De LOC hangt echter slechts in beperkte mate samen met de machtige anderen-schaal (van .22 tot .25), (Levenson, 1981). De machtige anderen-schaal blijkt zelfs bij een multiple-regressie-analyse in het geheel niet bij te dragen aan de verklaring van de LOC (Levenson, 1981). Met name de kans-schaal bleek bij deze analyse de LOC te verklaren. Als multiple correlatie werd gevonden .43, welke na toevoeging van de interne schaal steeg tot .53. Hieruit kunnen we afleiden dat een LOC-score voornamelijk indicatief is voor de kans-orientatie, dus voor de mate waarin men verwacht dat gebeurtenissen worden beïnvloed door kans of geluk.

3.2.2 GEZONDHEIDSSPECIFIEKE BEHEERSINGSORIENTATIE-SCHALEN

Op dit moment zijn een tweetal gezondheidspecifieke beheersingsorientatie-schalen geconstrueerd. Beide zijn ontwikkeld door Wallston e.a. (1976a, 1978a). De eerste lijst, de Health Locus of Control Scale (HLC) is, evenals Rotter's LOC, gebaseerd op een één-dimensionaal construct. De tweede lijst, de Multi-dimensional Health Locus of Control Scale (MHLC), verschilt van de eerste door in navolging van Levenson meerdere beheersende instanties te onderscheiden.

3.2.2.1 DE HEALTH LOCUS OF CONTROL SCALE

Deze lijst bevat 5 interne en 6 externe items, elk met een likert-type antwoord-schaal. Voorbeelden van dergelijke items zijn: "Als ik goed voor mezelf zorg, kan ik ziekte voorkomen" (intern item) en "Een goede gezondheid is voornamelijk een kwestie van veel geluk" (extern item).

De eerste gegevens omtrent de interne betrouwbaarheid bleken goed, namelijk .72 (Wallston e.a., 1976a). Echter in latere studies werden steeds lagere coëfficiënten gevonden, variërend van .36 tot .54 (Wallston e.a., 1976a; Lewis e.a., 1978; Boyle en Harrison, 1981). Test-hertest betrouwbaarheid bleek .71 te zijn bij een tijdsinterval van 7 weken (Wallston e.a., 1976a), hetgeen bevestigd werd door McCusker en Morrow (1979). Zij vonden bij een tijdsinterval van 4 weken een coëfficiënt van .69. Geen samenhang is gevonden met sociale wenselijkheid (Wallston e.a., 1976a; Lewis e.a., 1978).

Uit de lage interne betrouwbaarheden is af te leiden dat we ook hier te maken hebben met een heterogene schaal. Factoranalyse leidde dan ook tot de conclusie dat de interne en de externe items twee afzonderlijke dimensies vormen (Boyle en Harrison, 1981; Meyers e.a., 1982). Wallston e.a. kregen zelf echter ook bedenkingen ten aanzien van de structuur van de schaal. Twee schalen die op basis van de HLC waren samengesteld uit respectievelijk de interne en de externe items bleken namelijk exact nul met elkaar te correleren (Wallston e.a., 1978a). Vandaar dat zij een nieuwe lijst construeerden naar analogie van de lijst van Levenson, namelijk de Multi-dimensional Health Locus of Control Scale (MHLC).

3.2.2.2 DE MULTI-DIMENSIONAL HEALTH LOCUS OF CONTROL SCALE

Alvorens op deze lijst in te gaan moet worden opgemerkt dat Wallston e.a. (1978a) twee lijsten, namelijk vorm A en vorm B, ontwikkeld hebben. Aangezien in de literatuur voornamelijk vorm A gebruikt is, zullen we ons tot deze lijst beperken.

De lijst bevat, in navolging van Levenson (1973) drie schalen, te weten een interne-, een machtige anderen-, en een kans-schaal. Elke schaal bestaat uit 6 items, welke een Likert-type antwoord-schaal hebben. Voorbeelden van items zijn: "Het belangrijkste dat mijn gezondheid beïnvloedt, is hetgeen ik zelf doe" (intern), "Wat betreft mijn gezondheid kan ik alleen maar doen wat mijn dokter mij zegt" (machtige anderen), "Hoe snel ik van een ziekte genees, wordt grotendeels door geluk bepaald" (kans).

De interne consistentie van deze lijst is over het algemeen goed. Wallston e.a. (1978a) vonden voor de interne orientatie (Internal Health Locus of Control; IHLC) een betrouwbaarheidscoëfficiënt van .77, voor de machtige anderen-orientatie (Powerful Others Health Locus of Control; PHLC) .67, en voor de kans-orientatie (Chance Health Locus of Control; CHLC) .75; hetgeen overeenkomt met de bevindingen uit andere studies (zie Wallston en Wallston, 1981). Ook de test-hertest betrouwbaarheden blijken redelijk te zijn, namelijk .66 (IHLC), .71 (PHLC) en .73 (CHLC) bij een tijdsinterval van 4 tot 6 maanden (Wallston e.a., 1981). Ook de samenhang met sociale wenselijkheid is, met uitzondering van de CHLC, laag, name-

lijk .10 (IHLC), .09 (PHLC) en -.24 (CHLC) (Wallston en Wallston, 1981). Factoranalyse op de totale lijst bevestigde de beoogde factoren (Hartke en Kuncze, 1982). De onderlinge relaties variëren echter nogal van die van Levenson. De interne schaal blijkt enigszins samen te hangen met de beide externe orientaties, namelijk .12 (PHLC) en -.29 (CHLC), terwijl de onderlinge relatie tussen beide externe orientaties lager is dan bij Levenson, namelijk slechts .20 (Wallston e.a., 1978a). Hartke en Kuncze (1982) vinden soortgelijke relaties, terwijl Larde en Clopton (1983) een sterkere samenhang vinden tussen beide externe orientaties, namelijk .53, hetgeen meer overeenkomt met de bevindingen met Levenson's MLOC.

De samenhangen met de overeenkomstige schalen van Levenson blijken respectievelijk .57 (I), .28 (P), en .80 (C) te zijn. Hieruit blijkt dat, met uitzondering van de PHLC, de overeenkomstige schalen soortgelijke concepten meten. De lagere correlatie bij de PHLC kan verklaard worden door het specifieke karakter van de bekrachtiging (gezondheid en ziekte) en de beheersende instantie (de arts). De arts neemt bij de beheersing van gezondheid en ziekte een bijzondere positie in, welke minder sterk geldt voor machtige anderen bij algemene gebeurtenissen. Dit verklaart ook waarom de samenhang tussen de beide externe gezondheidsspecifieke orientaties minder sterk is dan bij de MLOC.

Samenvattend kunnen we zeggen dat van de gezondheidsspecifieke vragenlijsten feitelijk alleen de MHLC geschikt is om de beheersingsorientatie ten aanzien van gezondheid te meten. De HLC heeft dezelfde tekortkoming als Rotter's LOC, aangezien de interne en de externe items onafhankelijk van elkaar zijn.

Opgemerkt moet worden dat bij beide vragenlijsten geen afzonderlijke schalen geconstrueerd zijn voor de positieve en de negatieve bekrachtiging, zoals gezond worden of blijven en ziek worden. Hoewel beide vormen van bekrachtiging in de vragenlijsten verwerkt zijn, is in geen enkele studie een dergelijk onderscheid gevonden. Personen schatten de beheersing van gezondheid en ziekte dus op soortgelijke wijze in, zodat het niet noodzakelijk is aparte schalen hiervoor te construeren.

Aangezien geen gegevens bekend zijn over de relatie tussen de totaalacore van de HLC en de MHLC, is het minder duidelijk hoe gegevens verkregen met de HLC, geïnterpreteerd moeten worden. Wel is bekend dat de vijf interne items van de HLC sterk samenhangen met de IHLC (.70) en in mindere mate met de CHLC (-.30) en de PHLC (.22), terwijl de externe items van de HLC hoog correleren met de CHLC (.79) en minder hoog met de IHLC (-.30) en de PHLC (.15) (Wallston e.a., 1978a). Dit betekent dat de HLC zowel iets zegt over de interne orientatie (met name door de interne items) als over de kans-orientatie (met name door de externe items). Voor beide vormt de HLC echter een slechte indicator, aangezien de interne- en de kans-orientatie slechts in beperkte mate met elkaar samenhangen, zodat een totaal-score een grote mate van ruis bevat.

3.2.3 SAMENVATTING ENGELSTALIGE BEHEERSINGSORIENTATIE VRAGENLIJSTEN

Een viertal vragenlijsten zijn tot nu toe besproken: twee algemene en twee specifieke beheersingsorientatie vragenlijsten. Van een tweetal vragenlijsten is de bruikbaarheid ter discussie gesteld, namelijk van Rotter's LOC en de HLC van Wallston e.a. Het belangrijkste bezwaar van beide vragenlijsten is het feit dat deze gebaseerd zijn op een één-dimensionaal concept. Eerder hebben we al gezien dat uit diverse onderzoeken gebleken is dat een interne en een externe beheersingsorientatie twee of meer afzonderlijke orientaties vormen. De betekenis van een somscore over deze verschillende orientaties is zodoende onduidelijk.

Andere bezwaren die met name van toepassing zijn op de LOC, zijn het sterke vermoeden dat de externe items geen externe beheersingsorientatie meten maar machteloosheid, en het feit dat de LOC de beheersingsorientatie meet ten aanzien van twee geheel verschillende bekrachtigingsgebieden, namelijk politieke gebeurtenissen en gebeurtenissen uit de directe omgeving. De betrouwbaarheid van de LOC is ook laag voor een schaal van 23 items.

De twee resterende vragenlijsten, de MLOC van Levenson en de MHLC van Wallston e.a., bleken wel te voldoen aan de door ons gestelde criteria. In beide vragenlijsten worden meerdere beheersende instanties onderscheiden, waarvan voor elk een aparte schaal is geconstrueerd. Verder is in beide vragenlijsten een beperking aanwezig voor wat betreft de bekrachtigingsgebieden. De MHLC beperkt zich uitsluitend tot gezondheid en ziekte, terwijl de MLOC, hoewel een algemene schaal, zich beperkt tot gebeurtenissen uit de directe omgeving.

Overigens betekent bovenstaande niet dat beide schalen zonder meer valide zijn. Wel dat ze in potentie voldoen om de beheersingsorientatie te meten. In het volgende hoofdstuk zal aandacht worden besteed aan de vraag in welke mate de betreffende vragenlijsten verklarende waarde hebben.

3.3 NEDERLANDSTALIGE BEHEERSINGSORIENTATIE VRAGENLIJSTEN

In Nederland zijn tot nu toe verschillende beheersingsorientatie vragenlijsten vertaald of geconstrueerd. Behalve twee algemene vragenlijsten (Andriessen, 1972; Rodenburg, 1974), zijn er ook enkele specifieke schalen geconstrueerd, zoals de LOCO, een lijst gericht op de opvoeding van kinderen (Leenders, 1983), de LOCH, een lijst voor het meten van de beheersingsorientatie voor huisartsen (De Jong, 1981), de MHLC, een vertaling van de MHLC van Wallston e.a. (Van Buring-Withaar e.a., vlg. Jonkers e.a., 1981), en tot slot heeft Heling (1983) een eerste stap gezet om een nieuwe gezondheidsspecifieke schaal te construeren.

Over het algemeen zijn over deze vragenlijsten nog weinig gegevens bekend. Een uitzondering hierop is de algemene vragenlijst van Andriessen (1972). Waarschijnlijk door het beschikbaar zijn van deze lijst is de belangstelling in Nederland voor de beheersingsorientatie in de jaren 70 sterk gegroeid.

Verschillende verkorte versies zijn op basis van deze lijst samengesteld. Zo kennen we een lijst bestaande uit 12 items, een lijst bestaande uit 14 items (Andriessen, 1974), en sinds kort hebben Andriessen en Van Cadsand (1983) ook een lijst met 18 items geïntroduceerd. Op welke wijze de lijst met 12 items tot stand is gekomen is onduidelijk. De gebruikers van deze lijst (zie o.a. Koppelaar en Vlaender, 1983) stellen dat de 12 items de hoogst ladende items uit de lange lijst zijn. Hiervoor verwijzen zij naar de publicatie van Andriessen (1972). In dit artikel troffen wij de betreffende ladingen echter niet aan.

De oorspronkelijke vragenlijst van Andriessen is een vertaalde en enigszins aangepaste versie van Rotter's LOC. De forced-choice items zijn echter vervangen door items met Likert-type antwoord-schalen en grafische antwoord-schalen. Aangezien deze vragenlijst grotendeels een vertaling is van Rotter's LOC betekent dit dat deze dezelfde tekortkomingen heeft als de LOC, namelijk de verwevenheid met machteloosheid, het niet onderscheiden van interne en externe beheersende instanties en het niet onderscheiden van bekrachtigingsgebieden.

Factor-analyse op deze lijst laat zien dat er twee onafhankelijke factoren zijn, namelijk een factor met interne items en een met externe items (Van Cadsand, 1977; Andriessen en Van Cadsand, 1983). Andriessen en Van Cadsand zelf zijn echter niet overtuigd van de multi-dimensionaliteit van de vragenlijst. Op grond van diverse samenhangen met andere persoonskenmerken komen de beide onderzoekers tot de conclusie dat het weinig zin heeft van de interne en van de externe items afzonderlijke schalen te maken, aangezien beide geen extra informatie geven boven de totaalscore. Hoewel deze conclusie tot op zekere hoogte juist is, lijkt het ons van belang te weten welk deel van de beheersingsorientatie verantwoordelijk is voor de samenhang. Uit de door hen gepresenteerde gegevens blijkt dat slechts in vier gevallen de samenhang met de interne en de externe beheersingsorientatie in overeenstemming is met de samenhang met de totaalscore. In alle andere gevallen waar een samenhang is met een persoonskenmerk, is slechts een van beide afzonderlijke schalen verantwoordelijk voor de samenhang. Verder blijken de persoonskenmerken in twee gevallen op dezelfde wijze samen te hangen met zowel de interne als de externe schaal, in tegenstelling tot de verwachting dat de persoonskenmerken een samenhang vertonen met de interne schaal die tegengesteld is aan de samenhang met de externe schaal. Zo is er zowel bij de interne als bij de externe schaal een negatieve samenhang met het aantal gezondheidsklachten (VOEG) en met de mate waarin men prestatiegericht is. Recent komt Gall (1985) na een her-analyse van de gegevens van Andriessen en Van Cadsand ook tot de conclusie dat de interne en de externe items opgevat moeten worden als verschillende concepten.

Op grond van deze gegevens nemen we aan dat de door Andriessen geconstrueerde vragenlijst multi-dimensionaal van aard is. De interne en de externe items blijken onafhankelijke factoren te vormen, terwijl de interne en de externe items grotendeels met verschillende persoonskenmerken samenhangen. Deze multi-dimensionaliteit vinden we ook terug in de verkorte vragenlijst met 14 items. Van de andere verkorte versies zijn geen aparte factor-analyses bekend. Wiersema (1979) heeft als enige de lijst met 14 items (Andriessen, 1974), na factoranalyse, in het geheel gebruikt. Twee van de vier interne items bleken echter een lage lading op de eerste factor te hebben. Bij Andriessen (1974) vormden na factor-analyse slechts 10 items een schaal. Deze schaal bevatte 9 externe items en slechts 1 intern item. Een soortgelijke verhouding kreeg Ormel (1980). Hij paste de vragenlijst met 14 items enigszins aan, en moest na factor-analyse twee interne items verwijderen, zodat hij uiteindelijk een lijst met 10 externe en 2 interne items overhield. In beide gevallen is dus na factor-analyse een schaal overgebleven met vrijwel alleen externe items. Ook hier zien we dus dat er een onderscheid gemaakt wordt tussen de interne en de externe items, met dit verschil dat door hun geringe aantal, de interne items buiten de uiteindelijke schaal vallen.

In een door ons verricht onderzoek in 1981 (zie hoofdstuk 6) wordt dit bevestigd. Naast andere vragen zijn toen de resterende 12 items uit het onderzoek van Ormel aan de respondenten voorgelegd, echter nadat deze afwisselend intern en extern geformuleerd waren. Factoranalyse op deze gegevens bevestigde dat de interne en de externe items twee onafhankelijke factoren vormen (zie bijlage 2). De samenhang tussen beide schalen bedroeg .02.

Uit het voorgaande wordt duidelijk dat ook de Nederlandse versies van Rotter's beheersingsorientatie-schaal feitelijk een multi-dimensionaal concept meten, hetgeen op basis van het voorgaande hoofdstuk ook verwacht mocht worden. Wellicht dat dit ook ten dele de vaak teleurstellende resultaten van onderzoek met de beheersingsorientatie verklaart.

Een Nederlandse lijst waarin wel een duidelijk onderscheid gemaakt is in de beheersende instanties, is een vertaling van de MHLC van Wallston e.a. (Van Burink-Withaar e.a., vlg. Jonkers e.a., 1981). Op deze lijst zullen we in hoofdstuk 7 verder ingaan.

3.4 SAMENVATTING

In dit hoofdstuk is aandacht besteed aan de meting van de beheersingsorientatie. Enkele keuzemomenten en criteria, waarmee rekening moet worden gehouden bij het meten van de beheersingsorientatie, zijn geformuleerd. Zo moeten de interne en de externe beheersende instanties onderscheiden worden, terwijl ook de beheersingsorientaties over verschillende

bekrachtigingsgebieden niet zonder meer gesommeerd mogen worden. Verder kan het in bepaalde gevallen zinvol zijn een onderscheid te maken in positieve en negatieve bekrachtigingen.

Een aantal meetinstrumenten zijn aan de hand van, onder andere, deze keuzemomenten en criteria besproken. Op basis hiervan is gesteld dat de oorspronkelijke LOC van Rotter, en een gezondheidsspecifieke vragenlijst (de HLC) minder bruikbare meetinstrumenten zijn dan de vragenlijst van Levenson (MLOC) en de gezondheidsspecifieke vragenlijst van Wallston e.a. (MHLC). Aangezien de meeste in Nederland gebruikte vragenlijsten afgeleide versies zijn van de LOC van Rotter, worden deze om dezelfde reden als bij de LOC, minder bruikbaar geacht.

HOOFDSTUK 4 DE BEHEERSINGSORIENTATIE EN GEZONDHEIDS- EN ZIEKTEGEDRAG: een literatuuroverzicht

Vanwege het enorme aanbod aan literatuur op het gebied van de beheersingsorientatie beperken we ons in dit hoofdstuk tot de literatuur die betrekking heeft op de relatie tussen beheersingsorientatie en gezondheids- en ziektegedrag. Dit betekent ook dat vrijwel geen literatuur is opgenomen over aanverwante concepten, zoals machteloosheid. Voor informatie omtrent de relatie tussen beheersingsorientatie en andere gedragingen zoals interpersoonlijk gedrag, cognitieve activiteiten, prestatiegerichtheid en politieke activiteiten, verwijzen we de lezer naar andere overzichtswerken, zoals Joe (1971), Lefcourt (1976, 1981b), Phares (1976), Strickland (1978), en Klandermans (1983).

Alvorens de literatuur te bespreken waarin de beheersingsorientatie is gebruikt als onafhankelijke variabele om gezondheids- en ziektegedrag te verklaren, zal eerst ingegaan worden op de vraag in hoeverre de beheersingsorientatie samenhangt met enkele demografische variabelen en met de gezondheidstoestand.

4.1 DEMOGRAFISCHE VARIABELEN EN GEZONDHEIDSTOESTAND

4.1.1 DEMOGRAFISCHE VARIABELEN

Van een drietal demografische variabelen zijn gegevens bekend, namelijk van sexe, leeftijd en sociaal-economische status.

Van deze variabelen blijkt sexe niet of nauwelijks met de diverse beheersingsorientatie-vragenlijsten samen te hangen (Phares, 1976; Levenson, 1981; Wallston en Wallston, 1981). In die gevallen waar wel een, zij het geringe, samenhang gevonden werd, bleek dat mannen over het algemeen meer intern- en machtige anderen-georiënteerd zijn dan vrouwen (Walkey, 1979). Wellicht dat mannen iets meer dan vrouwen van mening zijn dat gebeurtenissen beheerst kunnen worden. Wel zijn er aanwijzingen dat sexe van belang is bij de ontwikkeling van de beheersingsorientatie. Zo schijnen vrouwen tijdens hun jeugd een meer interne orientatie te ontwikkelen in een afwijzende thuis-situatie, terwijl mannen juist in een helpende en beschermende thuis-situatie een interne orientatie ontwikkelen (Levenson, 1981). Hierover zijn met betrekking tot de gezondheidsspecifieke beheersingsorientatie geen gegevens bekend.

Een probleem dat met name bij de gezondheidsspecifieke vragenlijsten een rol speelt is het feit dat deze vragenlijsten voornamelijk gebruikt zijn bij kleine steekproeven uit specifieke populaties, vooral studentenpopulaties. Hierdoor zijn vaak geen uitspraken over demografische kenmerken te doen, of zijn de uitspraken tegenstrijdig. Met name doet dit probleem zich voor bij leeftijd en sociaal-economische status.

Er is dan ook wat betreft de gezondheidsspecifieke lijsten nog weinig bekend over de relatie beheersingsorientatie en leeftijd. Slechts in één studie (Wallston en Wallston, 1981) werd een geringe relatie gevonden tussen leeftijd en de arts-orientatie. Met de schaal van Rotter vertoont leeftijd geen samenhang (Rotter, 1966; Van Cadsand, 1977) en over de relaties met de schalen van Levenson zijn in deze geen gegevens bekend.

Over de invloed van sociaal-economische status op de gezondheidsspecifieke vragenlijsten zijn de resultaten ook niet eenduidig. Toch zijn er enige aanwijzingen dat personen met een lagere sociaal-economische status meer extern-georiënteerd zijn (Wallston en Wallston, 1981). Bij de beide algemene vragenlijsten komt dit duidelijker naar voren. Personen uit de lagere milieus blijken meer extern georiënteerd te zijn (Rotter, 1966; Levenson, 1981).

Samenvattend kunnen we zeggen dat sexe waarschijnlijk niet of nauwelijks gerelateerd is aan de (gezondheidsspecifieke) beheersingsorientatie. Voor leeftijd is dit nog onduidelijk, terwijl sociaal-economische status wel gerelateerd is aan de algemene beheersingsorientatie, en vermoedelijk ook aan de gezondheidsspecifieke beheersingsorientatie.

4.1.2 GEZONDHEIDSTOESTAND

Uit theoretische overwegingen mag men veronderstellen dat de mate waarin men zich gezond voelt en/of de mate waarin men ervaring heeft met gezondheidszorgvoorzieningen van invloed is op de beheersingsorientatie ten aanzien van gezondheid en ziekte. Zo blijken personen met een bepaalde ziekte een minder uitgesproken of een meer genuanceerde opvatting te hebben over de oorzaak van de ziekte dan personen zonder die ziekte (Linn e.a., 1982). Verder blijkt uit verschillende studies (Andersen, 1979; Baughman, 1978; Seeman en Seeman, 1983; Wallston e.a., 1978a; Wallston en Wallston, 1981) dat personen met een slechte gezondheid of chronische aandoening een relatief lagere interne en een relatief hogere externe (zowel kans- als arts-) orientatie hebben. Zij blijken echter ook minder zelf-controle te wensen (Mullins, 1982).

De vraag is of een meer externe verwachting slechts een tijdelijke of een blijvende aanpassing is voor degenen met een slechte gezondheid. Smith en Carson (1981) laat zien dat degenen die langer gebruik maken van een dialyse-apparaat een hogere interne beheersingsorientatie hebben ($r=.92$). Deze, overigens wel uitzonderlijk hoge, samenhang zou erop kunnen wijzen

dat men zich bij een chronische aandoening allereerst afhankelijk voelt van de gezondheidszorg, terwijl men in tweede instantie weer mogelijkheden ziet om zelf de gezondheid te beïnvloeden. Het onderzoek van Smith en Carson (1981) laat het echter niet toe om van eventuele verschuivingen te spreken, aangezien het een eenmalige meting betreft. Voor terminale patiënten is ook een andere verklaring mogelijk, namelijk dat juist degenen met een langere levensduur een minder externe oriëntatie hebben. Zo meldt Levenson (1981) dat Achterberg e.a. in een onderzoek bij kankerpatienten vonden dat de machtige anderen-oriëntatie een voorspellende waarde had ten aanzien van het toekomstige ziekteverloop. Degenen met een langere levensduur dan op grond van medische gegevens voorspeld was, bleken een lagere PLOC te hebben dan degenen wiens levensduur wel overeenkwam met de voorspelde duur.

Met de LOC van Rotter werd overigens geen relatie gevonden tussen de beheersingsoriëntatie en de gezondheidstoestand (Kivett e.a., 1977).

Samenvattend kunnen we zeggen dat de gezondheidstoestand samenhangt met de gezondheidspecifieke beheersingsoriëntatie. Degenen die hun gezondheid als slecht beoordelen zijn over het algemeen meer extern-georiënteerd.

4.2 GEZONDHEIDS- EN ZIEKTEGEDRAG

4.2.1 INLEIDING

Diverse onderzoeken zijn verricht naar de relatie tussen gezondheids- en ziektegedrag en beheersingsoriëntatie. Met name naar de relatie met rookgewoontes, overgewicht, overmatig alcoholgebruik, borst-zelfonderzoek en informatie inwinnen. De relatie met andere gezondheids- en ziektegedragingen, zoals lichaamsbeweging, matig alcoholgebruik, doktersbezoek, en medicijngebruik, zijn tot nu toe vrijwel niet onderzocht.

Alvorens op deze relaties in te gaan volgen nu nog een tweetal algemene opmerkingen. De verrichte onderzoeken zijn vaak uitgevoerd bij kleine specifieke groepen. Generalisatie is dan meestal niet, of slechts beperkt mogelijk, terwijl de resultaten vaak tegenstrijdig zijn. In de onderzoeken wordt ook nauwelijks rekening gehouden met eventuele intervenierende factoren zoals sexe, leeftijd, sociaal-economische status of gezondheidstoestand.

Verder is in hoofdstuk 3 al kort aangegeven dat de beheersingsoriëntatie slechts onder bepaalde condities van invloed is op gedrag. Wordt de beheersingsoriëntatie gebruikt als onafhankelijke variabele dan moet rekening worden gehouden met de waarde die het individu aan de bekrachtiging hecht en moet de situatie min of meer nieuw of ambigue zijn. Ten aanzien van de laatste conditie kan worden opgemerkt dat deze minder relevant

wordt naarmate de beheersingsorientatie specifiekere gemeten wordt. De generaliseerde verwachting benadert dan namelijk steeds meer de specifieke verwachting omtrent de beheersing. Mocht er sprake zijn van een situatie die niet nieuw of ambigue is dan mag worden aangenomen dat de specifieke verwachting omtrent de beheersing grotendeels gebaseerd is op vroegere situaties en dus congruent is met de huidige situatie. Wat betreft de waarde die men hecht aan de eigen gezondheid is het nog niet duidelijk of deze relevant is of niet. In een aantal onderzoeken heeft een onderscheid in personen die wel en die niet veel waarde hechten aan de gezondheid, geleid tot significante relaties tussen beheersingsorientatie en ziekte en/of gezondheidsgedrag (o.a. Seeman en Seeman, 1983; Saltzer, 1978; Kaplan en Cowles, 1978), terwijl in ander onderzoek (Baughman, 1978) geen relatie gevonden werd.

Vaak wordt echter in onderzoek geen aandacht geschonken aan de genoemde condities. In die gevallen waarin het voor het betoog relevant is zal worden aangegeven of is voldaan aan deze condities.

4.2.2 ROKEN

De bevindingen omtrent de relatie beheersingsorientatie en roken zijn niet eenduidig. Sommigen vinden dat rokers iets meer extern-georiënteerd zijn (Clarke e.a., 1982; Seeman en Seeman, 1983; Straits en Sechrest, 1963), terwijl anderen geen verschil in deze vinden tussen rokers, ex-rokers en nooit rokers (McCusker en Morrow, 1979; Mlott en Mlott, 1975). Ook de relatie met het aantal sigaretten dat men rookt is onduidelijk. Volgens Clarke e.a. (1982) is het aantal sigaretten positief gerelateerd aan een externe beheersingsorientatie, terwijl Baughman (1978) juist vindt dat het aantal sigaretten negatief gerelateerd is aan de PHLC. Baughman (1978) is overigens de enige die in dit kader gebruik maakt van de MHLC.

Wellicht dat deze tegenstrijdige resultaten verklaard kunnen worden doordat er geen direct, maar een indirect verband bestaat tussen rookgewoontes en beheersingsorientatie. Zo vinden Seeman en Seeman (1983) dat de relatie tussen roken en een externe oriëntatie alleen significant is voor degenen die van mening zijn dat roken slechts enigszins samenhangt met kanker. Voor degenen die dit risico groter achten, werd geen relatie gevonden tussen de beheersingsorientatie en roken. Verder vonden McCusker en Morrow (1979) dat met name intern-georiënteerden de kans groter achtten dat ze kanker krijgen. Dit woog echter weer op tegen hun grotere vertrouwen in screeningstesten, zodat ze uiteindelijk minder bang bleken te zijn om kanker te krijgen dan extern-georiënteerden. Zodoende vonden McCusker en Morrow (1979) geen verschil tussen rokers, ex-rokers en nooit rokers voor wat de beheersingsorientatie betreft.

Coan (1973b) maakte een onderscheid in aangepaste rokers (welke plezier en ontspanning ervaren) en niet-aangepaste rokers (welke spanning en verslavingssymptomen ervaren). Uit zijn onderzoek bleken de aangepaste rokers zich ondermeer te onderscheiden van de niet-aangepaste rokers door een sterker ervaren controle.

Op basis van het voorgaande kunnen we stellen dat er waarschijnlijk geen of anders slechts een geringe directe relatie is tussen enerzijds de beheersingsorientatie en anderzijds het al of niet roken en het aantal sigaretten dat gerookt wordt. Wel zijn er aanwijzingen dat de beheersingsorientatie gerelateerd is aan rookgedrag, maar op een complexere wijze.

Dok bij interventie-programma's blijkt er meestal geen directe relatie te bestaan tussen de beheersingsorientatie en het effect van deze programma's (Danaher, 1977). Wel blijkt dat intern-georiënteerden meer baat hebben bij programma's, welke gebaseerd zijn op meer intern-georiënteerde procedures, bijvoorbeeld "stimulus satiation aversion procedures", terwijl extern-georiënteerden meer baat hebben bij programma's welke het rookgedrag relateren aan situationele of externe factoren (Best, 1975; Best en Steffy, 1975; Chambliss en Murray, 1979a; Kaplan en Cowles, 1978; Shipley, 1981). Dit effect komt nog duidelijker naar voren naarmate de interventie langer geleden is (Best, 1975; Best en Steffy, 1975; Shipley, 1981). Verder blijkt uit een onderzoek van Kaplan en Cowles (1978) dat met name intern-georiënteerden die veel waarde hechten aan de gezondheid, na een interventie-programma stoppen.

Samenvattend kunnen we zeggen dat er waarschijnlijk geen direct verband bestaat tussen de beheersingsorientatie en rookgewoontes of het stoppen met roken. Wel blijken intern-georiënteerden andere opvattingen te hebben over de gevolgen van roken, en moeten ze op een andere wijze gemotiveerd worden om te stoppen met roken.

4.2.3 ALCOHOLCONSUMPTIE

Verschillende studies zijn verricht naar de relatie tussen beheersingsorientatie en alcoholgebruik. Vaak is geprobeerd aan de hand van de beheersingsorientatie een onderscheid te maken tussen alcoholisten en niet-alcoholisten. De resultaten hiervan zijn tegenstrijdig. Sommige vinden dat alcoholisten meer extern-georiënteerd zijn, anderen vinden dat alcoholisten meer intern-georiënteerd zijn, terwijl weer anderen geen verschillen vinden (Boyle en Sielski, 1981; Butts en Chotlos, 1973; Donovan en O'Leary, 1975; Levenson, 1981).

Theoretisch zou men veronderstellen dat alcoholisten meer extern georiënteerd zijn, daar zij vaak niet over adequate vaardigheden beschikken om hun leven te beheersen. Het is echter niet uitgesloten dat alcoholisten van mening zijn dat zij juist door hun alcoholgebruik greep hebben op hun (gevoels)leven. Dit zou betekenen dat de gebruikelijke beheersingsorien-

tatie-schalen niet geschikt zijn voor deze specifieke populatie (Worell en Tumilty, 1981). Voor dit laatste pleit een onderzoek van Donovan en O'Leary (1978). Zij vonden met een zelf ontwikkelde alcohol-specifieke beheersingsorientatie-schaal dat deze wel en Rotter's LOC niet differentieerde tussen alcoholisten en niet-alcoholisten. Ook de MLOC van Levenson lijkt voor een onderscheid tussen beide groepen relevant te zijn. Levenson (1981) noemt namelijk enkele studies waaruit blijkt dat alcoholisten wel hoger scoren op de kans-schaal, maar geen significante verschillen met de niet-alcoholisten vertonen op de interne schaal. Aangezien de door Donovan en O'Leary (1978) ontwikkelde schaal met name met Levenson's kans-schaal samenhangt, kunnen we concluderen dat alcoholisten en niet-alcoholisten waarschijnlijk verschillen ten aanzien van hun kans-orientatie (Levenson, 1981).

Bij andere populaties dan alcoholisten lijkt er ook een relatie te bestaan tussen een externe orientatie en alcoholgebruik (Naditch, 1975; Baughman, 1978). Het onderzoek van Baughman (1978) wijst erop dat van de externe-orientatie met name de kans-orientatie relevant is.

Apao en Damon (1982) maakten in hun onderzoek onderscheid tussen de frequentie in drinken en de hoeveelheid glazen per keer. Het bleek dat een externe-orientatie wel samenhangt met de frequentie, maar niet met de hoeveelheid. Aangezien zij gebruik maakten van Rotter's LOC omdat die vooral samenhangt met de kans-orientatie, mag worden aangenomen worden dat de relatie vooral betrekking heeft op de kans-orientatie. Op basis van deze resultaten suggereren Apao en Damon dat de frequentie wellicht meer persoonsgebonden is, terwijl de hoeveelheid meer situationeel bepaald is. Hoe vaak men per maand alcohol drinkt bepaalt men zelf, de hoeveelheid wordt echter meer door de omgeving bepaald.

Weinig is tot nu toe bekend over de rol van de beheersingsorientatie bij interventie-programma's. Wel blijkt dat degenen die al in een vroeg stadium uitvallen een grotere kans-orientatie hebben (Walker e.a., 1980; Levenson, 1981).

Samenvattend kunnen we zeggen dat vooral de kans-orientatie gerelateerd is aan alcoholgebruik en misbruik. Degenen die vaker alcohol drinken hebben een hogere kans-orientatie. De hoeveelheid alcohol die men per gelegenheid drinkt, lijkt niet samen te hangen met de beheersingsorientatie. Wellicht dat dit meer door situationele kenmerken bepaald wordt.

4.2.4 LICHAAMSBEWEGING

Slechts twee studies zijn ons bekend over de relatie met lichaamsbeweging. Uit een onderzoek van Baughman (1978) komt naar voren dat degenen die én veel belang hechten aan hun gezondheid én hoog scoorden op de PHLC, weinig aan lichaamsbeweging doen. Verder vonden Dishman e.a. (1980) dat degenen die langer participeerden aan een bewegings-programma minder extern-georiënteerd waren (gemeten met de HLC).

Beide onderzoeken wijzen in de richting dat extern-georiënteerden minder aan lichaamsbeweging doen. Daar we eerder hebben gezien dat extern-georiënteerden over het algemeen een iets slechtere gezondheidstoestand hebben, is het niet onaannemelijk dat het gevonden verband ten dele veroorzaakt wordt door het feit dat degenen met een slechtere gezondheid minder mogelijkheden hebben om aan lichaamsbeweging te doen.

4.2.5 GEWICHTSAFNAME

Verschillende studies zijn verricht naar de relatie met gewichtsafname bij interventie-programma's. In sommige studies werd geen relatie gevonden tussen beheersingsorientatie en gewichtsafname (Gierszewski, 1983; Kaplan, vlg. Wallston en Wallston, 1981; Saltzer, 1978; 1982), in andere studies daarentegen wel. Zo is gevonden dat intern-georiënteerden wel een gewichtsafname bereiken bij een op interne factoren gebaseerd programma, terwijl extern-georiënteerden een gewichtsafname vertonen bij een op externe factoren gebaseerd programma (Balch en Ross, 1975; Chambliss en Murray, 1979b). Wallston e.a. (1976a) konden deze relatie in hun onderzoek niet bevestigen maar vonden wel, dat intern-georiënteerden meer tevreden waren met een programma waarbij ze een grote mate van vrijheid hadden, terwijl extern-georiënteerden meer tevreden waren met een door de therapeut bepaald programma.

Uit deze bevindingen is af te leiden dat intern-georiënteerden hun uiteindelijke gedrag bepalen aan de hand van andere factoren dan extern-georiënteerden. In deze lijn past de bevinding van Saltzer (1978) dat intern-georiënteerden hun intentie tot deelname aan een interventie-programma voornamelijk baseerden op hun eigen attitude, terwijl extern-georiënteerden hun intentie voornamelijk baseerden op de mening van anderen. De intentie bleek echter alleen bij de intern-georiënteerden samen te hangen met de feitelijke gewichtsafname ($r=.56$).

Dat in sommige gevallen geen relatie gevonden is tussen gewichtsafname en beheersingsorientatie kan verschillende oorzaken hebben. Zo stellen Wallston en Wallston (1981) dat gewichtsafname feitelijk geen gedrag is maar een gevolg en de beheersingsorientatie voorspelt theoretisch gezien geen gevolgen maar gedragingen. Een andere mogelijkheid is dat de beheersingsorientatie niet specifiek genoeg gemeten is. Saltzer (1982) stelt in dit kader voor meer specifieke vragenlijsten te gebruiken, aangezien uit haar onderzoek bleek dat een specifiek op gewichtsafname gebaseerde vragenlijst wel de intentie voorspelde, maar dat Rotter's LOC of de MHLC dit niet deden. Verder kan de tijdsfactor een rol spelen bij het al of niet vinden van verschillen tussen intern- en extern-georiënteerden. Zo vond Kinsey (1981) dat beide groepen na twee weken niet verschilden, maar dat na acht weken de intern-georiënteerden een hogere gewichtsafname hadden bereikt dan extern-georiënteerden.

Samenvattend kunnen we zeggen dat er aanwijzingen zijn dat de intern-georiënteerden meer baat hebben bij een intern georiënteerd programma, terwijl het omgekeerde geldt voor extern-georiënteerden.

4.2.6 INFORMATIE INWINNEN

De hoeveelheid informatie die men heeft of inwint is vaak als criterium gebruikt bij validatie-studies van de beheersingsoriëntatie-schalen. Een veel geciteerde studie in dit kader is van Seeman en Evans (1962). Zij vonden, met een vragenlijst die later grotendeels is opgenomen in Rotter's LOC, dat tuberculose-patiënten met een interne oriëntatie beter op de hoogte waren van hun toestand en meer vragen stelden aan artsen en verpleegkundigen. Lowery en Ducette (vlgs. Van den Boogaard en Boomsma (1981) vonden dat intern georiënteerde diabeten beter geïnformeerd waren over hun ziekte dan extern georiënteerde diabeten. Dit gold echter alleen voor de eerste zes jaar dat ze diabetes hadden. Daarna was er nauwelijks nog verschil. Ook Van den Boogaard en Boomsma (1981) vonden dat intern-georiënteerden meer kennis hadden over diabetes dan extern-georiënteerden. Levenson (1972 vlgs. Levenson, 1981) vond bij milieu-activisten dat vooral kans-georiënteerden minder informatie hadden over luchtverontreiniging dan degenen die niet van mening waren dat kans of geluk hun leven bepaalde. Geen relatie was er echter met de interne- en de machtige anderen-oriëntatie.

Sproles (vlgs. Wallston en Wallston, 1981) vond met de HLC dat nier-dialyse patiënten met een interne oriëntatie meer wisten en meer wilden weten over hun toestand, dan patiënten met een externe oriëntatie. Clum e.a. (1979) vonden echter geen bevestiging voor een dergelijke relatie bij patiënten die een cholecystectomie moesten ondergaan. Wel vonden Clum e.a. (1979) dat intern-georiënteerden met veel informatie, in tegenstelling tot extern-georiënteerden met veel informatie, vaker pijnstillende middelen gebruikten na de operatie. Aangezien er een positieve relatie bestond tussen hoeveelheid informatie en mate van pijn na de operatie, zou dit erop kunnen wijzen dat meer informatie leidt tot een hogere pijngevoeligheid, welke intern-georiënteerden in tegenstelling tot extern-georiënteerden probeerden op te lossen met behulp van geneesmiddelen. Tot slot vond Dunn (1980) bij gebruik van de MHLC bij scholieren dat met name de CHLC-schaal negatief samenhangt met de medische kennis omtrent zelfzorg. Dus kans-georiënteerden hebben minder kennis omtrent zelfzorg. Hoewel Visser (1984) een soortgelijk verband vond bij ziekenhuispatiënten, bleek dit geheel te verdwijnen indien rekening gehouden werd met sociaal-culturele en sociaal-economische kenmerken van de patiënten.

Over het algemeen wijzen de studies dus in de richting van een relatie tussen de beheersingsoriëntatie en de hoeveelheid informatie en/of kennis die men heeft. Bij de een-dimensionale schalen is er een negatieve rela-

tie tussen de externe opvatting en de hoeveelheid informatie, terwijl uit de multi-dimensionale vragenlijsten blijkt dat met name de kans-orientatie negatief samenhangt met de hoeveelheid informatie. Dit betekent dat met name degenen die gebeurtenissen toeschrijven aan kans of geluk over weinig informatie beschikken. Zowel de studie van Lowery en Ducette (vglg. Van den Boogaard en Boomsma, 1981) als de studie van Visser (1984) geven aan dat deze conclusie genuanceerd moet worden. Uit de studie van Lowery en Ducette blijkt dat er vooral in het begin van de ziekte een verschil is tussen intern- en extern-georiënteerden, terwijl uit de studie van Visser (1984) is af te leiden dat de gevonden verschillen wellicht meer verklaard moeten worden door sociaal-culturele verschillen dan door een verschil in beheersingsorientatie. Verder kan opgemerkt worden dat het vooral bij de gezondheidsspecifieke beheersingsorientatie niet uitgesloten is dat mensen zich juist meer extern-georiënteerd voelen omdat ze geen of weinig informatie hebben.

Behalve de relatie met de hoeveelheid informatie is ook de relatie met het inwinnen van informatie onderzocht. Ter validering van de HLC vonden Wallston e.a. (1976a) in 2 experimenten dat intern-georiënteerden een grotere behoefte hadden om folders op te vragen omtrent hypertensie dan extern-georiënteerden. In latere studies werd deze relatie steeds bevestigd, indien het over hypertensie ging (Wallston en Wallston, 1981; DeVito e.a., 1982). Echter in een soortgelijk onderzoek naar overgewicht, werd deze relatie niet gevonden (Wallston en Wallston, 1981). Verder bleek uit een onderzoek van DeVito e.a. (1982) dat deze relatie bij hypertensie alleen opgaat als het om de intentie tot het opvragen van folders gaat, zoals in het onderzoek van Wallston en Wallston, maar niet als het om het feitelijke gedrag gaat.

Bij het tot stand komen van de MHLC wilden Wallston e.a. nogmaals de relatie tussen de beheersingsorientatie en het inwinnen van informatie bestuderen. Op dezelfde wijze als in 1976 met de HLC, en met soortgelijke respondenten (studenten), werd het onderzoek nu met de MHLC uitgevoerd. Opvallend was dat de beheersingsorientatie niet bleek samen te hangen met het inwinnen van informatie. Aangezien de auteurs vermoedden dat de houding ten aanzien van hypertensie in de loop der jaren veranderd was, vroegen ze in een volgend, identiek, onderzoek behalve naar folders over hypertensie, ook naar folders over herpes. Tot hun verbazing werd in dit onderzoek geen relatie gevonden met het inwinnen van informatie over herpes, maar wel weer met het inwinnen van informatie over hypertensie. Personen die gezondheid belangrijk vonden en sterk arts-georiënteerd waren, evenals degenen die gezondheid belangrijk vonden en niet-kans-georiënteerd waren, hadden een hogere intentie om folders omtrent hypertensie op te vragen dan de andere personen (Wallston en Wallston, 1981). Waarom in het ene onderzoek geen en in het ander onderzoek wel een verband werd gevonden met het inwinnen van informatie over hypertensie, is onduidelijk. Ook Wallston en Wallston hebben hier geen afdoende verklaring voor. In een ander onderzoek bij personen met epilepsie, werd de door Wallston en

Wallston gevonden relatie tussen de PHLC en de intentie tot het inwinnen van informatie door middel van folders wel bevestigd. Degenen die hoog scoorden op de PHLC bleken meer informatie te willen inwinnen (DeVellis e.a., vlg. Wallston en Wallston, 1981).

Een andere operationalisering van het inwinnen van informatie is het aantal vragen dat men stelt aan de arts of verpleegkundigen. Uit het reeds eerder genoemde onderzoek van Seeman en Evans (1962) bleek dat intern-georiënteerden meer vragen stellen. Hetzelfde vond Sproles (vlg. Wallston en Wallston, 1981) met de HLC bij nier-dialyse patiënten. Krantz e.a. (1980) daarentegen vonden dat juist degenen met extreme scores, zowel intern als extern, meer vragen stelden dan degenen met gemiddelde scores. Wallston en Wallston (1981) vonden bij gebruik van de MHLC echter geen enkele relatie met het stellen van vragen door patiënten bij de tandarts. Samenvattend kunnen we concluderen dat extern-georiënteerden over minder informatie beschikken, waarbij opgemerkt moet worden dat er aanwijzingen zijn dat een verschil in sociaal-culturele kenmerken hiervan de oorzaak is. De relatie met het inwinnen van informatie is onduidelijk. Soms werd een positieve relatie gevonden met een interne oriëntatie, soms met een machtige anderen oriëntatie, terwijl in andere gevallen geen relatie gevonden werd. Toch suggereert het feit dat extern- of kans-georiënteerden minder informatie hebben, dat zij ook minder informatie inwinnen. Het is echter niet uitgesloten dat extern-georiënteerden aangeboden informatie minder lang vast houden of minder goed verwerken.

4.2.7 COMPLIANCE-GEDRAG

Verschillende studies zijn verricht naar compliance gedrag. De resultaten zijn echter tegenstrijdig. Zo noemen Wallston en Wallston (1981) zowel studies waaruit blijkt dat intern-georiënteerden meer compliance gedrag vertonen, als studies waaruit zou blijken dat extern-georiënteerden meer compliance gedrag vertonen. Lewis e.a. (1978) vonden dat hypertensie-patiënten welke intern-georiënteerd zijn en thuis voldoende steun krijgen, meer compliance gedrag vertonen ten aanzien van medicijngebruik. Battle e.a. (1982) daarentegen vonden bij psychiatrische patiënten dat juist degenen met een externe oriëntatie en een hoge waardering van de gezondheid zich het best houden aan afspraken. Dit geldt echter alleen tot een maand na het ontslag. Daarna neemt het verschil weer af. Battle e.a. (1982) vonden echter geen relatie met het zich houden aan de voorgeschreven medicijnen.

4.2.8 PREVENTIEVE ACTIVITEITEN

Diverse studies zijn verricht naar de relatie met preventieve activiteiten. Rosenblum e.a. (1981) vonden geen relatie tussen de beheersings-

orientatie (MHLC) en het gedrag van moeders omtrent het aanbevolen inenten van hun kinderen. Dabbs en Kirscht (1971) maakten een onderscheid tussen de verwachting dat men zelf controle heeft en de motivatie om zelf controle te hebben. Studenten met een lage verwachting of een hoge motivatie bleken meer een anti-griep spuit gehaald te hebben dan de andere studenten. Aangezien het krijgen van griep op verschillende wijzen kan worden voorkomen, kan dit erop duiden dat studenten met een hoge verwachting, dus met een interne orientatie, meer van mening zijn dat ze op andere wijzen het krijgen van de griep kunnen beheersen.

Ook ten aanzien van andere ziektes is het nemen van preventieve maatregelen onderzocht. Zo vonden McCusker en Morrow (1979) bij huisvrouwen geen relatie tussen enerzijds de beheersingsorientatie en anderzijds het regelmatig verrichten van borst-zelfonderzoek en jaarlijkse controles bij de dokter. Ook Seeman en Seeman (1983) en Jonkers e.a. (1982) vonden geen relatie tussen borst-zelfonderzoek en de beheersingsorientatie. Volgens de theorie mag men echter pas een relatie verwachten als de bekrachtiging, dus in dit geval de gezondheid, belangrijk gevonden wordt. In overeenstemming hiermee is de relatie die Seeman en Seeman (1983) wel vonden, namelijk dat intern-georiënteerden die de gezondheid belangrijk vinden, meer aan borstzelfonderzoek doen dan intern-georiënteerden die de gezondheid minder belangrijk vinden. Bij personen welke gonorroe hebben gehad, werd geen relatie tussen de beheersingsorientatie en het nemen van toekomstige preventieve maatregelen gevonden (Olbrisch, vlg. Wallston en Wallston, 1981). Onbekend is of in deze studie rekening is gehouden met de waarde die men aan de gezondheid hecht.

Duidelijk is dat specifieke preventieve maatregelen waarschijnlijk niet direct gerelateerd zijn aan de beheersingsorientatie. In het onderzoek van Seeman en Seeman (1983) blijkt echter dat er na controle van de waarde van gezondheid wel een verband is. Een probleem met het bestuderen van de afzonderlijke preventieve maatregelen is, dat de onderzochte gedragingen vaak slechts een van de mogelijke preventieve maatregelen vormen. Het is niet uitgesloten dat bepaalde groepen ertoe neigen andere preventieve maatregelen te nemen dan het onderzochte gedrag, zoals gesuggereerd is bij het grieponderzoek van Dabbs en Kirscht (1971).

Een betere ingang voor de relatie tussen de beheersingsorientatie en preventieve maatregelen vormt daarom een index van preventieve maatregelen. Zo vonden Seeman en Seeman (1983) met een algemene index voor preventieve maatregelen een relatie met de beheersingsorientatie. Intern-georiënteerden die de gezondheid belangrijk vinden, namen namelijk meer preventieve maatregelen. Waarschijnlijk is hierbij de waarde van gezondheid relevant, aangezien Wallston en Wallston (1981) geen verband vinden tussen een index van verschillende gezondheidsgedragingen en de beheersingsorientatie. In tegenstelling tot Seeman en Seeman (1983) hielden zij echter geen rekening met de waarde van gezondheid.

Vermeldenswaard is verder nog dat Pill en Stott (1981) in hun onderzoek vinden dat juist degenen die de arts niet zien als de belangrijkste be-

heersende instantie, overtuigd zijn van de relevantie van de leefwijze voor de gezondheid.

Samenvattend kunnen we zeggen dat er aanwijzingen zijn dat juist intern-georiënteerden meer geneigd zijn preventieve maatregelen te nemen, tenminste als zij gezondheid belangrijk vinden.

4.2.9 ZIEKTEGEDRAG

Weinig gegevens zijn bekend over de relatie tussen de beheersingsoriëntatie en doktersbezoek en medicijngebruik. Krantz e.a. (1980) vonden bij studenten dat degenen met een interne oriëntatie (vlgs. HLC) minder vaak naar de dokter gaan, vaker zelf de diagnose stellen, en als ze naar de dokter gaan, vaker om specifieke medicijnen vragen. Dit komt overeen met hetgeen we eerder zagen in het onderzoek van Clum e.a. (1979) dat intern-georiënteerden bij pijn meer geneesmiddelen gebruiken. Waarschijnlijk zijn het juist de intern-georiënteerden die dan om medicijnen durven vragen. Ook Seeman en Seeman (1983) vonden dat intern-georiënteerden minder naar de dokter gaan. Deze relatie gold echter alleen voor vrouwen.

Wat betreft de hoeveelheid medicijnen die men gebruikt, vond Baughman (1978) dat personen met een hoge kans-oriëntatie (CHLC) of een lage interne-oriëntatie (IHLC) meer medicijnen gebruikten dan de andere respondenten.

Deze gegevens wijzen dus in de richting dat intern-georiënteerden minder vaak naar de arts gaan, vaker om specifieke medicijnen vragen, maar over het algemeen minder medicijnen gebruiken.

4.3 SAMENVATTING EN CONCLUSIE

Uit de literatuurverkenning in dit hoofdstuk valt op te maken dat onderzoek naar de relatie tussen de beheersingsoriëntatie en gezondheids- en ziektegedrag nog weinig samenhang vertoont. Vaak gaat het om incidentele onderzoeken, waarbij nauwelijks rekening gehouden wordt met mogelijke confounders, zoals leeftijd, sociaal-economische status en de gezondheidstoestand, en met de voorwaarden die volgen uit de sociale leertheorie, met name de waarde die men aan de gezondheid hecht. Van een opeenstapeling van kennis is dus nog nauwelijks sprake.

Enige aanwijzingen zijn er dat extern-georiënteerden een lagere sociaal-economische status hebben, en dat zij een slechtere gezondheid bezitten. Of sexe en leeftijd gerelateerd zijn aan de (gezondheidsspecifieke) beheersingsoriëntatie is minder duidelijk.

Verder zijn er aanwijzingen dat intern-georiënteerden over meer informa-

tie beschikken, minder naar de dokter gaan, minder medicijnen gebruiken en meer preventieve maatregelen nemen. Kans-georiënteerden blijken meer alcohol te gebruiken, vooral omdat ze frequenter drinken.

Wat betreft de andere gezondheidsgedragingen zijn er aanwijzingen dat er geen directe relaties bestaan met de beheersingsoriëntatie, maar wel dat er sprake is van indirecte relaties. Intern-georiënteerden blijken namelijk meer baat te hebben van interventie-programma's welke congruent zijn met een interne oriëntatie, terwijl voor extern-georiënteerden juist programma's welke congruent zijn met een externe oriëntatie zinvol zijn.

Uit deze gegevens wordt duidelijk dat het van belang is na te gaan of demografische kenmerken, en met name leeftijd en sociaal-economische status, gerelateerd zijn aan de beheersingsoriëntatie, en zodoende mogelijke interveniërende factoren vormen bij de gevonden relaties. We zullen dit in onze studie allereerst nagaan.

HOOFDSTUK 5 VRAAGSTELLINGEN

In het voorgaande hoofdstuk hebben we gezien dat uit resultaten van eerder onderzoek blijkt dat over het algemeen de relatie tussen beheersings-orientatie en gezondheid- en ziektegedrag niet consistent is. Zelfs ten aanzien van dezelfde gedragingen werden vaak tegenstrijdige resultaten gevonden. Verschillende redenen zijn hiervoor te noemen.

Allereerst geldt dat er vaak gebruik is gemaakt van verschillende vragenlijsten, waarvan we in hoofdstuk 3 al hebben laten zien dat deze gedeeltelijk verschillende zaken meten. Vervolgens kan opgemerkt worden dat de onderzoeken steeds op verschillende, vaak specifieke, populaties zijn uitgevoerd, terwijl veelal geen rekening gehouden is met mogelijke inter-venierende factoren welke de onderzochte relaties kunnen versterken of afzwakken, zoals leeftijd en sociaal-economische status. Tot slot kan men meer theoretische argumenten noemen, zoals de situatie moet nieuw of ambigue zijn en de bekrachtiging moet belangrijk gevonden worden.

Hoewel de genoemde redenen zeker een deel van de verschillen in onderzoeksresultaten verklaren, is het de vraag of deze als verklaring kunnen gelden voor het feit dat vaak geen direct verband is gevonden tussen beheersingsorientatie en gezondheidsgedrag.

In dit hoofdstuk zullen we dieper ingaan op de vraag of wel verwacht mag worden dat er een directe relatie bestaat tussen beheersingsorientatie en gezondheids- en ziektegedragingen. In menig onderzoek wordt er min of meer impliciet van uitgegaan dat degenen die van mening zijn dat ze zelf de meeste zaken in de hand hebben (dus intern-georiënteerden) zich ook wel gezonder zullen gedragen. Zodoende wordt verwacht dat bijvoorbeeld intern-georiënteerden minder zullen roken. In paragraaf 5.2 zal deze stelling uitgewerkt worden aan de hand van de sociale leertheorie. Vervolgens zal in de paragraaf 5.3 een alternatief gedragsmodel en de consequenties hiervan voor de beheersingsorientatie, besproken worden. In de laatste paragraaf zullen de vraagstellingen op basis van het voorgaande geformuleerd worden. Eerst zal echter ingegaan worden op een onderwerp dat voor beide modellen relevant is, namelijk het onderscheid in intentie tot gedrag en het feitelijke gedrag.

5.1 ONDERSCHIED IN INTENTIE TOT EN FEITELIJK GEDRAG

Een belangrijk onderscheid bij gedragsmodellen, die voornamelijk gebaseerd zijn op cognitieve processen, is het onderscheid tussen de intentie tot het gedrag en het feitelijke gedrag. Hoewel tussen beide een relatie

dient te bestaan kan de sterkte van deze relatie verschillen.

Al naar gelang het gedragsmodel komt een persoon op basis van verschillende overwegingen tot de keuze voor een bepaald gedrag in een bepaalde situatie. Of dit gedrag ook daadwerkelijk uitgevoerd wordt is een andere vraag. Tussen de intentie en de feitelijke uitvoering van een gedrag kunnen verschillende belemmerende of bevorderende factoren een rol spelen. Zo kan de intentie van een roker om te stoppen met roken belemmerd worden doordat hij of zij verslaafd is aan nicotine, terwijl de intentie van een zieke om vandaag de arts te raadplegen versterkt kan worden doordat zijn of haar kind ook naar de arts moet. Wil men op basis van de overwegingen van een persoon zijn gedrag verklaren, dan is het dus van belang eerst na te gaan of de intentie tot het gedrag verklaard kan worden door deze overwegingen. Aangenomen mag worden dat indien de overwegingen verband houden met het gedrag, dit in eerste instantie teruggevonden wordt bij de intentie.

Voor de beheersingsorientatie is het onderscheid intentie tot en feitelijk gedrag belangrijk omdat het niet is uitgesloten dat de beheersingsorientatie op twee manieren het uiteindelijke gedrag kan beïnvloeden, namelijk door de intentie rechtstreeks te beïnvloeden én door de relatie intentie-gedrag te beïnvloeden. Als in de literatuur verondersteld wordt dat de beheersingsorientatie het gedrag beïnvloedt, wordt meestal alleen de intentie bedoeld. In de volgende paragrafen wordt hier verder op ingegaan.

De beheersingsorientatie kan echter ook invloed hebben op de relatie intentie en uiteindelijk gedrag. Zo lijkt het aannemelijk dat degenen die van mening zijn dat ze zelf alles in de hand hebben (de intern-georiënteerden), de gedragingen die ze van plan zijn ook vaker daadwerkelijk uitvoeren dan degenen die van mening zijn dat alles van externe zaken afhangt. Intern-georiënteerden zullen zich wellicht minder aantrekken van eventuele belemmerende factoren en zullen zodoende een grotere overeenkomst vertonen tussen de intentie en het feitelijke gedrag. Slechts één studie is hierover bekend, namelijk de reeds eerder genoemde studie van Saltzer (1978) omtrent overgewicht. Zij vond dat bij intern-georiënteerden de intentie wel samenhang met het uiteindelijke gedrag ($r = .56$), terwijl bij extern-georiënteerden geen relatie tussen beide gevonden werd. Dit wijst erop dat de beheersingsorientatie inderdaad relevant kan zijn voor de relatie tussen de intentie tot en het feitelijke gedrag.

Samenvattend kunnen we zeggen dat een onderscheid gemaakt moet worden tussen de intentie tot gedrag en het feitelijke gedrag. De beheersingsorientatie kan zowel effect hebben op de intentie tot het gedrag als op de relatie tussen de intentie en het feitelijke gedrag. In de volgende paragrafen zal met name ingegaan worden op de vraag of de beheersingsorientatie een directe invloed heeft op de intentie tot gezondheids- en ziektegedrag.

5.2 HET MODEL VAN ROTTER

Volgens de sociale leertheorie van Rotter is gedrag gebaseerd op enerzijds de verwachting dat op het gedrag een bepaalde bekrachtiging volgt en anderzijds dat het individu deze bekrachtiging belangrijk vindt. Gesteld is dat de beheersingsorientatie hierbij relevant kan zijn, mits er sprake is van een ambigue of een nieuwe situatie. In de volgende twee paragrafen zal het model van Rotter uitgewerkt worden voor zowel het ziekte- als het gezondheidsgedrag.

5.2.1 ZIEKTEGEDRAG

Ziektegedrag is de reactie van het individu op ziekte. Diverse gedragsmogelijkheden staan het individu daarbij ter beschikking, zoals afwachten hoe de ziekte zich ontwikkelt, extra rust nemen, medicijnen gebruiken, en naar de dokter gaan. Voor welk gedrag het individu kiest hangt van verschillende zaken af, waarbij de gepercipieerde ernst waarschijnlijk een grote rol speelt. Volgens het model van Rotter zal het individu een afweging maken tussen de diverse gedragsmogelijkheden. Ervan uitgaande dat de persoon zijn ziekte onwenselijk acht, en dus beterschap nastreeft (bekrachtiging), zal een keuze gemaakt worden voor het gedrag, waarvan verwacht wordt dat het de bekrachtiging (dus beterschap ofwel gezondheid) het best realiseert. In sommige situaties kan dit betekenen dat het individu naar de arts gaat, in andere gevallen kan dit betekenen dat het individu uitsluitend extra rust neemt.

Welke rol speelt nu de beheersingsorientatie in dit model? Eerder hebben we gezien dat de beheersingsorientatie de verwachting is door wie of wat invloed uitgeoefend wordt op gebeurtenissen zoals gezondheid, en in welke mate. We kunnen zodoende aannemen dat de beheersingsorientatie met name relevant is voor de keuze van de diverse gedragsmogelijkheden. Degenen die van mening zijn dat juist zichzelf invloed kunnen uitoefenen op de eigen gezondheid zullen meer geneigd zijn gedragingen te kiezen welke een beroep doen op hun eigen vaardigheden, terwijl degenen die met name de arts invloed toekennen, hun heil zullen zoeken bij de arts. Zoals we in het vorige hoofdstuk gezien hebben komt dit in grote lijnen overeen met de bevindingen van Krantz e.a. (1980), Seeman en Seeman (1983) en Baughman (1978). Overigens moet hierbij opgemerkt worden dat de relaties niet echt sterk zijn, hetgeen ook niet verwacht mag worden. De ernst en de duur van de ziekte beperken natuurlijk de gedragsmogelijkheden aanzienlijk.

Wat betreft het ziektegedrag kan zodoende verwacht worden dat er een directe relatie bestaat tussen (de intentie tot) het gedrag en de beheersingsorientatie.

5.2.2 GEZONDHEIDSGEDRAG

Op basis van het model van Rotter zou men veronderstellen dat degenen die een goede gezondheid belangrijk vinden en verwachten dat ze die met een bepaald gedrag kunnen verkrijgen of behouden, dit gedrag ook zullen uitvoeren. Evenals bij ziektegedrag staan het individu hiervoor verschillende gedragsmogelijkheden ter beschikking, zoals stoppen met roken, niet te veel alcohol gebruiken, voldoende ontspanning nemen, goed eten en voldoende slapen. Echter in tegenstelling tot de ziektegedragingen verwijzen de gezondheidsgedragingen alle naar het feit dat men in eerste instantie zelf iets aan de gezondheid kan doen. Zodoende mag men verwachten dat degenen die van mening zijn dat ze zelf invloed kunnen uitoefenen op hun gezondheid, meer gezondheidsgedragingen zullen vertonen dan degenen die van mening zijn dat met name externe factoren, zoals machtige anderen of kans, hun gezondheid bepalen. Toch blijkt dit niet echt overtuigend uit de diverse onderzoeken, zoals we in het vorige hoofdstuk hebben gezien. Intern-georiënteerden blijken bijvoorbeeld niet minder te roken dan extern-georiënteerden.

Diverse problemen zijn er aan het model van Rotter te onderkennen wat betreft de toepasbaarheid bij gezondheidsgedrag.

Allereerst is de bekrachtiging minder duidelijk dan bij ziektegedrag. Hoewel bij ziektegedrag ook andere bekrachtigingen zoals ziekteverlof een rol kunnen spelen, zullen in het merendeel van de gevallen deze activiteiten ondernomen worden om de bekrachtiging "gezondheid" te verkrijgen. Bij gezondheidsgedragingen is dit veel minder duidelijk. Er wordt wel altijd gesteld dat men moet stoppen met roken, niet te veel moet drinken en voldoende lichaamsbeweging moet nemen ter bevordering van de gezondheid, de vraag is echter of dit ook daadwerkelijk de belangrijkste reden (bekrachtiging) vormt voor mensen om deze gedragingen uit te voeren. Het effect van gezondheidsgedrag treedt pas na jaren op en dan nog zal het niet duidelijk zijn of de gezondheid een gevolg is van het desbetreffende gedrag. De waarde van gezondheid als motivator om zich gezonder te gedragen is waarschijnlijk beperkt. Naast gezondheid kunnen ook andere bekrachtigingen een rol spelen. Bijvoorbeeld bij het stoppen met roken kan van belang zijn dat men lichamelijke beperkingen ervaart bij het sporten of dat de omgeving impliciet of expliciet aandringt op stoppen. Soortgelijke redenen of bekrachtigingen zijn te bedenken voor lichaamsbeweging (te dikke buik, sociale contacten) of het minderen van alcoholgebruik (te dikke buik, sociale druk, te vaak een kater, niet uitgerust wakker worden). Gezondheid vormt dus niet de enige en wellicht ook niet de belangrijkste bekrachtiging van gezondheidsgedragingen. Dit maakt dat het model van Rotter minder bruikbaar is voor gezondheidsgedrag, aangezien Rotter er min of meer impliciet vanuit gaat dat op gedragingen slechts één bekrachtiging volgt. Dit betekent ook dat er geen duidelijke relatie verwacht mag worden tussen een gezondheidsspecifieke beheersingsorientatie en ge

zondheidsgedrag. Als dergelijke gedragingen niet voornamelijk gebaseerd zijn op de bekrachtiging gezondheid, dan valt elke legitimatie weg om te veronderstellen dat degenen die van mening zijn dat vooral zichzelf veel aan de gezondheid kunnen doen, meer van dergelijke gedragingen zullen vertonen.

Een ander probleem van het model, dat vooral bij gezondheidsgedragingen naar voren komt, is dat de gebruikte variabelen vaak een verschillende mate van specificiteit hebben. Vaak worden gedragingen specifiek gemeten, terwijl de beheersingsorientatie en de waarde van de bekrachtiging min of meer algemeen worden gemeten, bijvoorbeeld als het stoppen met roken gerelateerd wordt aan de waarde van gezondheid en de (gezondheidsspecifieke) beheersingsorientatie. Diverse auteurs (Fishbein en Ajzen, 1975; Kok, 1978) laten zien dat dit mogelijke relaties tussen variabelen ernstig kan verstoren. Dit niveau-verschil kan opgeheven worden door of de beheersingsorientatie en de waarde van de bekrachtiging specifiek te meten, bijvoorbeeld door als bekrachtiging te nemen het krijgen van longkanker in de toekomst, of door het gedrag algemener te meten bijvoorbeeld door een schaal of een index van gezondheidsgedragingen te nemen.

Hiermee komen we tevens op een volgend probleem, namelijk of er wel zo iets bestaat als "gezondheidsgedragingen". De term suggereert dat deze gedragingen met elkaar gemeen hebben dat ze om gezondheidsredenen verricht worden. Eerder hebben we al gesteld dat gezondheid echter niet de enige bekrachtiging is voor deze gedragingen. We kunnen ons daarom afvragen of het wel correct is deze gedragingen op te vatten als een groep soortgelijke gedragingen. Uit diverse studies (Langlie, 1979; Steele en McBroom, 1972;) blijkt dat deze gedragingen slechts in zeer beperkte mate onderling samenhangen. Zo zijn verschillende pogingen gedaan om een schaal te construeren. Meestal resulteerde dat echter in zeer lage interne betrouwbaarheden (Steele en McBroom, 1972; Langlie, 1979; Mechanic en Cleary, 1980). Kristiansen (1985) vond wel een schaal met een redelijke interne betrouwbaarheid, maar items over rookgedrag, en lichaamsbeweging moesten wegens een te lage correlatie uit de schaal verwijderd worden. Duidelijk is dus dat hoewel de gedragingen wel iets met elkaar te maken hebben (Langlie, 1979), de onderlinge samenhang tussen de gedragingen minder sterk is dan de term gezondheidsgedragingen suggereert.

Samenvattend kunnen we zeggen dat het model van Rotter bij toepassing op gezondheidsgedragingen minder bruikbaar is, niet alleen omdat er vaak sprake is van een verschil in specificiteit, maar met name omdat deze gedragingen niet alleen gebaseerd zijn op het behoud en of verkrijgen van gezondheid, maar ook op andere bekrachtigingen. Dit uit zich onder andere in het feit dat deze gedragingen onderling weinig samenhangen.

Een model dat beter aansluit bij het gezondheidsgedrag is het model van Fishbein en Ajzen (1975), aangezien in dit model één gedrag verklaard wordt aan de hand van verschillende bekrachtigingen.

5.3 HET MODEL VAN FISHBEIN EN AJZEN

Fishbein en Ajzen (1975) en Ajzen en Fishbein, (1980) gaan uit van bewust en beredeneerd gedrag. Volgens hen is gedrag het best te voorspellen uit de intentie tot dat gedrag. In paragraaf 5.2 zijn we hier al op ingegaan. Gesteld is dat de intentie en het feitelijk gedrag niet altijd in overeenstemming zijn met elkaar, doordat er verschillende belemmerende factoren een rol kunnen spelen. Bijvoorbeeld een individu kan wel van plan zijn om te stoppen met roken, maar in dit streven beperkt worden door verslavingsverschijnselen (zie Kok en De Vries, 1985).

De intentie wordt op haar beurt volgens het model van Fishbein en Ajzen bepaald door met name twee factoren: de attitude en de subjectieve norm ten opzichte van dat gedrag (zie fig. 5.1.). De attitude is hierbij de affectieve evaluatie van het gedrag, terwijl de subjectieve norm betrekking hebben op de vraag: denkt het individu dat belangrijke anderen vinden dat hij of zij dat gedrag moet vertonen of niet? Bijvoorbeeld de intentie om te roken kan volgens dit model het best voorspeld worden uit de attitude ten opzichte van roken (bijvoorbeeld roken vind ik goed, prettig) en de subjectieve norm ten opzichte van roken (bijvoorbeeld mijn vrouw en mijn arts vinden dat ik niet moet roken).

Volgens Fishbein en Ajzen wordt de attitude gevormd door enerzijds de verwachting dat er een relatie is tussen het gedrag en enkele kenmerken (waarschijnelijkheden of "beliefs" genoemd), en anderzijds door de evaluatie van deze kenmerken. Een negatieve attitude ten opzichte van roken kan dus gebaseerd zijn op waarschijnlijkheden, zoals roken leidt tot longkanker of tot misselijkheid, en een negatieve evaluatie van deze kenmerken.

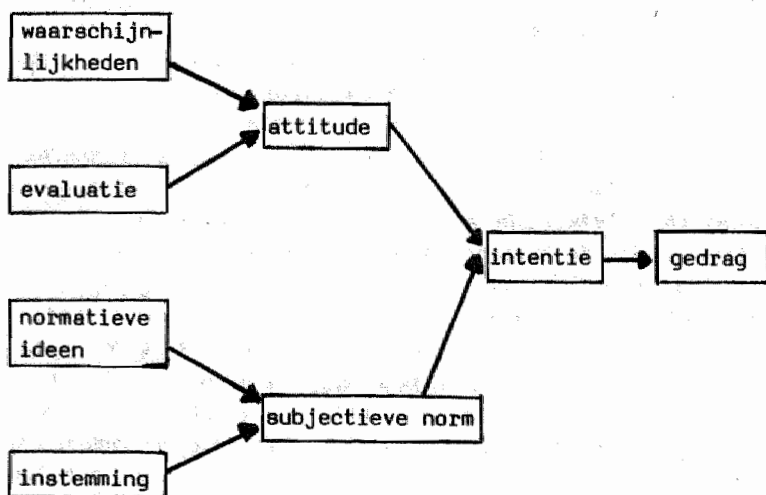


Fig. 5.1 Het model van Fishbein en Ajzen

Op soortgelijke wijze komt de subjectieve norm tot stand. Enerzijds op basis van de mening van het individu dat anderen denken dat hij of zij al of niet het gedrag moet vertonen (het norm-idee), en anderzijds op basis van de mate waarin het individu instemt met de mening van anderen (instemming). Een negatieve subjectieve norm kan dus gebaseerd zijn op de mening van het individu dat zijn vrouw, zijn arts en zijn collega's vinden dat hij niet moet roken, en het feit dat hij of zij de mening van deze personen belangrijk vindt.

Samenvattend kunnen we zeggen dat volgens het model van Fishbein en Ajzen, de attitude en de subjectieve norm de intentie tot gedrag verklaren, welke op haar beurt het uiteindelijke gedrag het best verklaart.

De mate waarin de attitude en de subjectieve norm het gedrag verklaren kan per gedrag verschillen. Volgens Kok e.a., (1981) is hierbij van belang in hoeverre het gedrag zichtbaar is. Anoniem gedrag zal nauwelijks beïnvloed worden door subjectieve normen in zoverre deze afwijken van de eigen attitude. Zo vinden Kok e.a. (1981) dat attitudes een grotere invloed hebben op anoniem dan op publiek gedrag, terwijl de subjectieve normen een grotere invloed hebben op publiek dan op anoniem gedrag.

Niet alleen per gedrag, maar ook per individu kunnen er verschillen zijn in de mate waarin de attitude en de subjectieve normen het gedrag beïnvloeden. Sommigen zullen hun gedrag meer baseren op de attitude, terwijl anderen hun gedrag meer zullen baseren op de subjectieve normen. Met name kan de beheersingsorientatie hierbij relevant zijn. Verwacht mag worden dat intern-georiënteerden hun gedrag voornamelijk baseren op de eigen attitude, aangezien juist zij van mening zijn dat gebeurtenissen door hen zelf beheerst kunnen worden. Indien zij bijvoorbeeld de verwachte gevolgen van roken negatief beoordelen en zodoende een negatieve attitude hebben ten aanzien van roken, mag verwacht worden dat zij een hogere intentie hebben tot stoppen dan degenen met een lage interne orientatie, aangezien de laatsten minder van mening zijn dat ze iets aan deze gevolgen kunnen doen.

Het omgekeerde kan gelden voor de machtige-andere-georiënteerden. Van hen mag verwacht worden dat ze hun intentie juist bepalen aan de hand van wat belangrijke anderen vinden over dat gedrag, aangezien zij van mening zijn dat gebeurtenissen vooral door anderen beïnvloed kunnen worden. Zij zullen dan ook eerder hun gedrag afstemmen op hetgeen die belangrijke anderen volgens hen vinden van dat gedrag. Eerder hebben we al gewezen op een studie van Saltzer (1978), die het bovenstaande bevestigde. Intern-georiënteerden bleken aan de hand van hun attitude te bepalen of zij deel zouden nemen aan een afslankcursus, terwijl extern-georiënteerden dit deden aan de hand van hun subjectieve normen.

Dit betekent dat bij intern- en extern-georiënteerden (de intentie tot) gedrag op een verschillende wijze tot stand komt. Dit is ook in overeenstemming met hetgeen we in hoofdstuk 4 concludeerden. Uit verschillende interventiestudies bleek dat interventies pas succes hebben, als voor intern- en extern-georiënteerden een verschillend interventieprogramma gebruikt werd.

Als bij intern- en extern-georiënteerden het gedrag op verschillende wijze tot stand komt, betekent dit ook dat voorspellingen als intern-georiënteerden stoppen eerder met roken dan extern-georiënteerden niet op voorhand te maken zijn. Extern-georiënteerden kunnen ook stoppen met roken of de intentie daartoe hebben, maar dit zou dan meer gebaseerd zijn op hetgeen voor hen belangrijke personen vinden van hun rookgedrag.

Behalve dat de beheersingsoriëntatie invloed kan hebben op de wijze waarop de intentie tot stand komt, kan deze ook direct van invloed zijn op de attitude en de subjectieve norm. Zo kunnen bijvoorbeeld intern-georiënteerden een negatievere houding hebben ten aanzien van roken, of meer het idee hebben dat voor hen belangrijke personen negatief staan ten opzichte van roken. Echter op voorhand zijn er geen redenen te bedenken waarom intern- en extern-georiënteerden zouden verschillen wat betreft de attitude en de subjectieve norm ten aanzien van bijvoorbeeld roken.

Samenvattend kunnen we zeggen dat volgens het model van Fishbein en Ajzen gedrag het best voorspeld kan worden op basis van de intentie tot dat gedrag, terwijl de intentie op haar beurt voorspeld of verklaard kan worden door de attitude en de subjectieve norm ten aanzien van dat gedrag. In welke mate de attitude en de subjectieve norm bijdragen aan het tot stand komen van de intentie, kan per gedrag en per individu verschillen. Verwacht mag worden dat intern georiënteerden hun intentie vooral zullen baseren op de attitude, terwijl degenen met een machtige anderen oriëntatie hun gedrag vooral zullen baseren op de subjectieve normen.

5.4 VRAAGSTELLINGEN

In dit hoofdstuk zijn verschillende punten genoemd welke relevant kunnen zijn voor de relatie tussen beheersingsoriëntatie en gezondheids- en ziektegedrag. Zo is gesteld dat de intentie tot gedrag onderscheiden moet worden van het feitelijk gedrag omdat de beheersingsoriëntatie van invloed kan zijn op zowel de intentie als op de relatie tussen de intentie en het feitelijk gedrag. Van belang hierbij is dat rekening gehouden wordt met de waarde die men hecht aan gezondheid, aangezien de beheersingsoriëntatie volgens Rotter alleen van invloed is op gedrag indien men de bekrachtiging belangrijk vindt. Hoewel dit model wel geschikt lijkt voor ziektegedrag, zijn er verschillende redenen genoemd waarom het voor gezondheidsgedrag minder geschikt is. Zo is er een verschil in niveau tussen de beheersingsoriëntatie en het specifieke gedrag, hetgeen vooral bij gezondheidsgedragingen van belang is omdat hier meerdere bekrachtigingen een rol kunnen spelen. Mocht er een directe relatie bestaan tussen beheersingsoriëntatie en gezondheidsgedrag, dan moet deze tot uitdrukking komen als beide van gelijk niveau zijn. Een probleem hierbij is echter of gezondheidsgedragingen wel te sommeren zijn tot één schaal. Verder is ge-

suggereerd dat intern- en extern-georiënteerden op verschillende wijzen hun (intentie tot) gedrag bepalen, namelijk intern-georiënteerden aan de hand van hun attitudes en extern-georiënteerden aan de hand van hun subjectieve normen.

Alvorens we deze punten nader kunnen onderzoeken, moet inzicht verkregen worden in de relatie tussen de beheersingsoriëntatie, en demografische kenmerken en de beheersingsoriëntatie en de subjectieve gezondheid, aangezien demografische kenmerken en subjectieve gezondheidstoestand mogelijk als intervenierende factoren kunnen optreden.

Zodoende zijn de volgende vraagstellingen voor het onderzoek geformuleerd:

Intervenierende factoren

1. Hangt beheersingsoriëntatie samen met demografische kenmerken en met subjectieve gezondheidstoestand?

Model van Rotter

2. Hangt de beheersingsoriëntatie samen met (de intentie tot) gezondheids- en ziektegedrag?
3. Is de waarde van gezondheid van invloed op de samenhang tussen de beheersingsoriëntatie en (de intentie tot) gezondheids- en ziektegedrag?
4. Hangt de beheersingsoriëntatie samen met een algemene maat voor gezondheidsgedrag (vooropgesteld dat een dergelijke maat samengesteld kan worden)?

Relatie Intentie-Gedrag

5. Is de beheersingsoriëntatie van invloed op de samenhang tussen de intentie tot en het feitelijk gezondheids- en ziektegedrag?

Model van Fishbein en Ajzen

6. Is de samenhang tussen de attitude ten opzichte van een specifiek gezondheidsgedrag en de intentie tot dit gedrag sterker bij intern-georiënteerden dan bij extern-georiënteerden?
7. Is de samenhang tussen de subjectieve norm ten opzichte van een specifiek gezondheidsgedrag en de intentie tot dit gedrag sterker bij extern-georiënteerden dan bij intern-georiënteerden?

Indien bij de beantwoording van vraagstelling 1 blijkt dat de beheersingsoriëntatie samenhangt met een of meerdere demografische kenmerken, zal bij de beantwoording van vraagstelling 2 tot en met 7 via controle op deze kenmerken, hun rol als intervenierende factoren worden geëlimineerd.

HOOFDSTUK 6 HET ONDERZOEK

In dit hoofdstuk worden de opzet, de respondenten en de variabelen van het onderzoek besproken.

6.1 DE OPZET

Het onderzoek is onderdeel van een panelonderzoek dat in uitloop van een onderzoek naar de subjectieve gezondheidstoestand, de gezondheidsopvattingen en de leefwijze van de Nederlandse bevolking, verricht werd, en waarbij gebruik werd gemaakt van gestandaardiseerde vragenlijsten (Adriaanse e.a., 1981; Halfens e.a., 1984).

Deze onderzoeksopzet bood verschillende voordelen. Allereerst kon een meetinstrument geconstrueerd worden op een heterogene populatie, waardoor deze in meerdere populaties bruikbaar is. Tot nu toe werd de relatie tussen beheersingsorientatie en gezondheids- en ziektegedrag voornamelijk bestudeerd in een vrij homogene populatie. Door in dit onderzoek gebruik te maken van een heterogene populatie kon inzicht worden verkregen in verschillen in beheersingsorientatie tussen groepen binnen de bevolking, en kon nagegaan worden of de relatie tussen beheersingsorientatie en gezondheids- en ziektegedrag beïnvloed wordt door demografische kenmerken, zoals leeftijd, sexe en sociaal-economische status. Tot slot bood deze onderzoeksopzet het voordeel dat juist door het panel-karakter van het onderzoek de vragenlijst bij de tweede meting verder aangescherpt kon worden en dat inzicht verkregen kon worden in mogelijke selectie-bias.

Nadelen van een dergelijke opzet zijn echter dat samenhangen wat minder sterk worden, zodat het onderzoek naar de verschillende modellen wat minder scherp wordt, dat niet alle wenselijk geachte variabelen kunnen worden opgenomen om de respondenten niet al te zeer te belasten, en dat alleen relaties bestudeerd kunnen worden met bestaand ziekte- en gezondheidsgedrag.

6.1.1 HET PANELONDERZOEK

De eerste meting van het panelonderzoek is, in opdracht van de Stichting Nederland Oké, in het voorjaar van 1981 door de Rijksuniversiteit Limburg uitgevoerd. Doel van deze meting was een indicatie te krijgen van de subjectieve gezondheidstoestand, de gezondheidsopvattingen en de leefwijze

van de Nederlandse bevolking (Adriaanse e.a., 1981). Hiervoor zijn, aan de hand van een gestructureerde vragenlijst, door getrainde enqueteurs en enquetrices van een extern bureau een viertal steekproeven uit de volgende populaties geïnterviewd:

1. Algemene bevolking: alle personen in Nederland in de leeftijd van 21 t/m 64 jaar, levend in huishoudingen;
2. Niet-actieven: alle personen in Nederland in de leeftijd van 21 t/m 64 jaar, levend in huishoudingen en welke of 6 maanden of langer werkloos zijn, of 3 maanden of langer ziek, of gepensioneerd, rentenier of arbeidsongeschikt zijn;
3. Onderwijs: alle onderwijskrachten in Nederland verbonden aan een kleuter- of basisschool;
4. Gezondheidszorg: Alle praktiserende huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden in Nederland.

De steekproeven zijn ad random getrokken. Voor een uitvoerige beschrijving hiervan en voor de resultaten van dit onderzoek verwijzen we naar het verslag, welk in 1981 is uitgebracht (Adriaanse e.a.).

Medio 1982 is besloten het onderzoek voort te zetten als een panelonderzoek, waarbij de meting van 1981 opgevat werd als de eerste meting.

Panelonderzoek is een bijzondere vorm van longitudinaal onderzoek, en wordt gekenmerkt door een tweetal eigenschappen. Het betreft een herhaalde meting bij dezelfde individuen en deze herhaalde meting moet betrekking hebben op dezelfde kenmerken. Met panelonderzoek kan men dus niet alleen na verloop van tijd veranderingen van kenmerken vaststellen, tevens kan men, omdat deze veranderingen per individu gemeten zijn, nagaan of deze veranderingen samenhangen met veranderingen van andere individuele kenmerken.

Het doel van het panelonderzoek was tweeledig. Enerzijds inzicht krijgen in samenhangen tussen de subjectieve gezondheidstoestand, gezondheidsopvattingen en leefwijze, en anderzijds inzicht krijgen in samenhangen tussen veranderingen. Zo kan met een dergelijke opzet nagegaan worden of een verandering in leefwijze samenhangt met een verandering in de subjectieve gezondheidstoestand.

Als respondenten voor dit panelonderzoek zijn alleen de respondenten uit de steekproef "algemene bevolking" en de steekproef "niet-actieven" herbenaderd. De respondenten uit de beide andere steekproeven zijn voor een ander onderzoek opnieuw benaderd (Adriaanse e.a., 1984).

Een belangrijk probleem bij panelonderzoek is de panelmortaliteit. Tijdens de duur van een panelonderzoek zullen om uiteenlopende redenen zoals verhuizing, overlijden en weigering, respondenten uitvallen. Dit betekent dat een panel na verloop van tijd zodanig is verkleind, dat het geen zinvolle basis meer vormt voor verdere analyses.

Om te voorkomen dat het panel vroegtijdig uitsterft, is besloten bij elke

nieuwe meting het panel aan te vullen met een nieuwe steekproef, getrokken uit de beide, eerder genoemde, populaties. Deze worden in de daaropvolgende meting aan het panel toegevoegd.

Op dit moment zijn twee metingen gerealiseerd, namelijk de meting uit 1981 en een nieuwe meting in 1983.

In 1981 zijn in totaal 1278 respondenten uit de steekproef algemene bevolking geïnterviewd, hetgeen overeenkwam met een response van 73%. 882* van deze respondenten bleken in 1983 opnieuw geïnterviewd te kunnen worden. Om uiteenlopende redenen, zoals weigering, vakantie, foutief adres en ziekte, heeft er dus een uitval van 396 respondenten (31%) plaatsgevonden (zie paragraaf 6.2.1). Daarnaast is in 1983 een nieuwe steekproef getrokken, waarvan uiteindelijk 311* respondenten geïnterviewd zijn, hetgeen een response is van 58%. Voor de niet-actieven geldt eenzelfde opzet. Van de 247 respondenten uit 1981 (response = 76%), zijn er 153 in 1983 opnieuw geïnterviewd, terwijl er in 1983 tevens 100 respondenten (response = 76%) uit een nieuwe steekproef geïnterviewd zijn.

De respondenten zijn geïnterviewd met behulp van gestructureerde vragenlijsten. De interviews hadden een gemiddelde duur van vijf kwartier. De in 1981 gebruikte vragenlijst bevatte, behalve vragen naar achtergrondkenmerken, voornamelijk vragen omtrent de volgende drie hoofdthema's:

1. de subjectieve gezondheidstoestand;
2. de gezondheidsopvattingen, zowel omtrent de eigen gezondheid als die van anderen;
3. leefwijzen, namelijk roken, alcoholconsumptie, lichaamsbeweging, geneesmiddelengebruik, voeding en veiligheid.

Aangezien het bij panelonderzoek van belang is dat steeds dezelfde metingen worden verricht zijn in 1983 een groot deel van de in 1981 gestelde vragen opnieuw gebruikt. Om verschillende redenen zijn de gezondheidsopvattingen omtrent de gezondheid van anderen, evenals vragen omtrent voeding en veiligheid in 1983 niet meer in de vragenlijst opgenomen. Daarvoor in de plaats is dieper ingegaan op het ziektegedrag en het rook- en drinkgedrag. Voor de details over de gebruikte vragenlijst verwijzen we naar Adriaanse e.a.(1981) en Halfens e.a. (1984).

* In Halfens e.a. (1984) staan respectievelijk de aantallen 884 en 309 vermeld. Nadere analyse leerde echter dat bij het panel in twee gevallen abusievelijk een verkeerde respondent was geïnterviewd. Beiden zijn hier toegevoegd aan de nieuwe steekproef. Overigens zal dit de gevonden resultaten weinig of niet beïnvloed hebben.

6.2 DE RESPONDENTEN

Uit het hierboven beschreven panelonderzoek zullen in deze studie alleen de 882 respondenten uit het panel algemene bevolking van 1983 gebruikt worden. De respondenten uit de nieuwe steekproef uit 1983 zullen voor deze studie niet gebruikt worden, aangezien van deze respondenten geen gegevens uit 1981 bekend zijn. De gegevens van de niet-actieven zullen in andere publicaties beschreven worden.

Een verdere inperking van het aantal respondenten zal op het eind van deze paragraaf gegeven worden.

6.2.1 REPRESENTATIVITEIT VAN HET PANEL

Bij gebruik van gegevens van panelonderzoek verdient het vraagstuk van de representativiteit extra aandacht. Bij vrijwel elke meting zal er in meerdere of mindere mate non-response optreden, zodat na enkele metingen de vraag gesteld moet worden of het resterende panel nog wel opgevat mag worden als representatief voor de totale populatie.

Om enig zicht te krijgen op de representativiteit van het door ons gebruikte panel, is een vergelijking gemaakt naar enkele achtergrondgegevens tussen de respondenten in 1981 en 1983, en de - door het CBS vrij nauwkeurig op basis van het woningbehoefte-onderzoek (1981;n=173.468) geschatte - Nederlandse populatie van personen woonachtig in huishoudens (zie tabel 6.1). Uit deze vergelijking blijkt dat mannen, en personen in de leeftijdsklasse 20 tot en met 24 jaar, in de steekproef van 1981 ondervertegenwoordigd zijn in vergelijking met de geschatte populatie. Vrouwen daarentegen en personen van 60 jaar en ouder zijn in deze steekproef oververtegenwoordigd. De enigszins scheve verdeling naar geslacht is in de steekproef van 1983 iets gecorrigeerd. De scheve verdeling naar leeftijd heeft zich echter voortgezet.

Uit tabel 6.1 blijkt verder dat ongehuwden ondervertegenwoordigd zijn. Nadere analyse leert echter dat dit voornamelijk moet worden toegeschreven aan de ondervertegenwoordiging van de leeftijdsklasse 20 tot en met 24 jaar. Ongehuwden in deze leeftijdsklasse vormen 11% van de populatie tussen de 20 en 65 jaar, terwijl ze in het panel slechts met 4.2 % vertegenwoordigd zijn.

Uit nadere analyses blijkt ook dat mannen in de leeftijdscategorie 30 tot en met 34 jaar in de steekproef van 1981 enigszins oververtegenwoordigd zijn (18.8% versus 14.8% in de populatie), hetgeen zich in 1983 verder heeft doorgezet (20.4%). Deze oververtegenwoordiging geldt vooral voor gehuwde mannen.

Tabel 6.1 Kenmerken van de populatie vergeleken met die van de respondenten (in percentages; gebaseerd op de gegevens van 1981).

	populatie	response 1981	response 1983	abs. aantal 1983
man	49.7	45.8	46.7	412
vrouw	50.3	54.2	53.3	470
20-24 jaar	15.2	7.5	6.3	56
25-29 jaar	14.5	14.6	14.9	131
30-34 jaar	14.3	15.5	17.2	152
35-39 jaar	11.9	10.8	12.6	111
40-44 jaar	10.0	10.3	9.0	79
45-49 jaar	9.2	9.9	9.4	83
50-54 jaar	8.9	9.1	9.3	82
55-59 jaar	8.6	10.1	9.0	79
60-64 jaar	7.5	12.2	12.4	109
ongetrouwd	22.1	12.9	12.0	106
getrouwd	72.2	78.9	80.1	705
getrouwd geweest	5.7	8.1	7.9	71

Een vergelijking naar sociaal-economische status is niet mogelijk, omdat hierover geen gegevens beschikbaar zijn van de populatie.

Samenvattend kunnen we zeggen dat vrouwen, personen ouder dan 60 jaar, en getrouwde mannen in de leeftijdsklasse 30 tot 34 jaar in het panel oververtegenwoordigd zijn. Ongetrouwden tussen de 20 en 24 jaar zijn ondervertegenwoordigd. Deze afwijkingen worden echter aanvaardbaar geacht omdat een precieze schatting van het voorkomen van een bepaald kenmerk voor dit onderzoek minder belangrijk is en het ook niet de bedoeling is een normenlijst van enige schaal op te stellen.

Respondenten kunnen door een tweetal factoren een minder getrouwe afspiegeling van de feitelijke populatie vormen. Allereerst kan de getrokken steekproef een vertekening van de feitelijke populatie geven. Naarmate de grootte van een steekproef toeneemt zal de kans hierop echter afnemen. Een tweede vertekening kan ontstaan door uitval van personen uit de

steekproef, bijvoorbeeld door weigering of afwezigheid. Met name deze factor is tegenwoordig belangrijk geworden door de afgenomen bereidwilligheid om met onderzoek mee te werken. Nu non-response percentages als 30 of 40% algemeen goed zijn geworden, is de vraag naar de kenmerken van deze uitval minstens zo belangrijk geworden als de representativiteit van de response (Philipson, 1984). Met name is van belang of de non-response samenhangt met een of meerdere van de onderzoeksvariabelen. Zo zou het kunnen zijn dat zij die extern-georiënteerd zijn of gezondheid minder belangrijk vinden, minder genegen zijn aan een gezondheidsenquête mee te doen. Een dergelijke response-bias zou de distributie van de antwoorden en de samenhang tussen verschillende variabelen ernstig kunnen beïnvloeden. Een groot probleem bij onderzoek naar deze groep is echter dat de uitval of non-response juist gekenmerkt wordt door het feit dat ze niet geïnterviewd willen of kunnen worden. Een vergelijking van de onderzoeksvariabelen met die van de response behoort daarom vrijwel altijd tot de onmogelijkheden.

Panelonderzoek biedt hiertoe ten dele mogelijkheden, aangezien er sprake is van een getrapte non-response. Hoewel meestal niets gezegd kan worden over de non-response die is opgetreden tijdens de eerste meting, kan wel iets gezegd worden over de non-response die optreedt bij volgende metingen, aangezien hiervan gegevens bekend zijn uit de voorgaande meting(en). Voor deze studie betekent dit, dat de non-response die is opgetreden bij de tweede meting (1983), vergeleken kan worden met de response op basis van de gegevens uit 1981.

Een onderscheid moet hierbij worden gemaakt tussen non-respondenten, die niet geïnterviewd willen worden - weigeringen om uiteenlopende reden ($n = 249$) -, en non-respondenten die niet geïnterviewd kunnen worden - vakantie, foutief adres of verhuisd ($n = 147$) - (Swanborn, 1981). Voor deze studie lijkt een verdere splitsing van de tweede categorie zinvol in non-respondenten, die om gezondheidsredenen inclusief overlijden, niet geïnterviewd zijn ($n = 22$), en non-respondenten die om andere redenen niet geïnterviewd kunnen worden ($n = 125$).

Allereerst is nagegaan of deze drie categorieën non-respondenten verschillen van de respondenten op enkele achtergrondgegevens (zie tabel 6.2).

Uit deze tabel blijkt dat de non-response afwijkt wat betreft sociaal-economische status, burgerlijke staat en leeftijd. Degenen die om gezondheidsredenen in 1983 niet geïnterviewd zijn (I), hebben een lagere sociaal-economische status, en zijn over het algemeen ouder dan de respondenten. Degenen die om andere redenen niet geïnterviewd konden worden (II), zijn iets jonger, hebben iets vaker een lagere sociaal-economische status en zijn vaker niet (meer) gehuwd.

Opmerkelijk is dat de weigeraars (III) nauwelijks verschillen van de respondenten.

Tabel 6.2 Non-response en response uit 1983 vergeleken naar geslacht, burgerlijke staat, sociaal-economische status en leeftijd (1981).

	nonresponse			response
	I' (n=22)	II' (n=125)	III' (n=249)	IV (n=882)
<hr/>				
<u>geslacht</u>				
man	55%	43%	43%	47%
vrouw	45%	57%	57%	53%
x ²	.26	.41	1.18	
<u>soc. ec. status</u>				
laag	77%*	62%***	56%	49%
midden	0%	24%	18%	24%
hoog	23%	14%	26%	27%
x ²	9.01*	10.37**	4.98	
<u>burgerlijke staat</u>				
gehuwd/samenwonend	86%	75%*	83%	83%
niet (meer) gehuwd	14%	25%	17%	17%
x ²	.02	5.71	.00	
<u>leeftijd</u>				
gemiddelde	52***	39*	43	41.4
standaard deviatie	10.8	13.9	12.4	12.7
F	15.25***	5.09*	3.21	
<hr/>				

non-response wijkt af van de response:

* p kleiner dan .05

** p kleiner dan .01

*** p kleiner dan .001

I = om gezondheidsredenen

II = niet bereikbaar

III = weigeringen e.d.

Voor de response-bias zijn echter niet zozeer de demografische variabelen van belang, maar juist de onderzoeksvariabelen. Met behulp van discriminant-analyse zijn daarom de non-respondenten vergeleken met de respondenten op de gezondheidsbeleving, de gezondheidsopvattingen en enkele gezondheidsgedragingen.

Opgemerkt moet worden dat een aantal relevante variabelen, waaronder de gezondheidsspecifieke beheersingsorientatie, in deze analyse niet meegenomen zijn om de eenvoudige reden dat deze in 1981 nog niet in de vragenlijst waren opgenomen.

Voor elke vergelijking is een stapsgewijze discriminant-analyse uitgevoerd. Hiervoor zijn de volgende variabelen gebruikt:

- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1. Achtergrondgegevens | - leeftijd |
| | - sociaal-economische status |
| | - gehuwd en samenwonend |
| 2. Gezondheidstoestand | - aantal klachten (voeg) |
| 3. Opvattingen | - interne beheersingsorientatie |
| | - externe beheersingsorientatie |
| | - beïnvloeding eigen gezondheid |
| | - waarde van gezondheid |
| 4. Gezondheidsgedrag | - lichaamsbeweging (log) |
| | - roken |
| | - alcoholgebruik |
| 5. Ziektegedrag | - doktersbezoek |
| | - aantal medicijnen (log) |

Voor een beschrijving van deze variabelen verwijzen we naar bijlage 3. Vervolgens is met de best onderscheidende variabelen een directe discriminant analyse uitgevoerd. In tabel 6.3 zijn de gestandaardiseerde discriminant coëfficiënten van deze directe analyses voor de vergelijking nonrespondenten wegens gezondheidsredenen versus respondenten, weergegeven.

Uit deze analyse blijkt dat degenen die om gezondheidsredenen niet geïnterviewd konden worden, niet alleen verschillen van de respondenten qua leeftijd en sociaal-economische status, maar ook wat betreft een aantal andere kenmerken. Zo hechten zij meer waarde aan gezondheid, bezoeken vaker de dokter hoewel ze relatief minder klachten hebben, doen minder aan lichaamsbeweging, roken vaker, en zijn minder van mening dat ze zelf de eigen gezondheid kunnen beïnvloeden. Uit deze verschillen is ten dele op te maken dat deze non-respondenten ook al in 1981 een slechtere gezondheid bezaten. Zij gingen toen al vaker naar de dokter, en gezondheid nam een belangrijkere plaats in hun leven in.

Tabel 6.3 Discriminant-analyse op de non-respondenten wegens gezondheidsreden en de respondenten (n is resp. 22 en 882; 1981)

factor:	gestandaardiseerde discriminant-coefficient
---------	--

leeftijd	.58
sociaal-economische status	-.43
waarde van gezondheid	.45
doktersbezoek	.41
voeg	-.29
lichaamsbeweging(log)	-.20
roken	.20
beïnvloeden eigen gezondheid	-.18

(eigenwaarde=.05; can.correlatie=.21; p kleiner dan .001)

Wel hadden ze relatief minder klachten. Wellicht dat de klachten die ze hadden ernstiger van aard waren, waardoor ze minder aandacht besteedden aan de minder ernstige klachten.

In tabel 6.4 zijn de gestandaardiseerde discriminant-coefficienten weer gegeven van de vergelijking tussen de non-respondenten welke niet meer bereikbaar waren, en de respondenten.

Uit deze analyse blijkt dat degenen die niet bereikbaar waren zich niet alleen onderscheiden van de respondenten, doordat ze een lagere sociaal-economische status hebben en jonger zijn, maar ook omdat ze minder van mening zijn dat ze gebeurtenissen zelf kunnen beheersen (interne beheersingsorientatie). Verder gebruikten zij in 1981 iets minder alcohol, maar iets meer medicijnen en waren zij minder vaak gehuwd dan de respondenten.

Geen gegevens zijn opgenomen over de vergelijking tussen de non-respondenten welke weigerden, en de respondenten, aangezien beide groepen niet significant van elkaar verschilden (eigenwaarde = .009; can.correlatie = .09).

Samenvattend kunnen we zeggen dat afwijkingen in de representativiteit van de onderzochte groep het onderzoek, gezien haar doelstelling, niet nadelig beïnvloeden. Of er een response-bias met betrekking tot de onderzoeksvariabelen is opgetreden kan voor de eerste meting niet achterhaald worden.

Tabel 6.4 Discriminant analyse op de non-respondenten welke niet bereikbaar waren, en de respondenten (n is resp. 125 en 882; 1981).

factor:	gestandaardiseerde discriminant coefficient
---------	--

sociaal-economische status	-.64
interne beheersingsorientatie	-.51
leeftijd	-.42
alcoholgebruik	-.25
medicijngebruik(log)	.23
gehuwd en samenwonend	-.19

(eigenwaarde=.03; can. correlatie=.16; p kleiner dan .001)

Dit is wel gebeurd voor de uitval bij de tweede meting.

Een weigering om aan het onderzoek mee te doen, verreweg de grootste en belangrijkste groep, bleek geen verband te houden met de onderzochte variabelen. De non-response vanwege gezondheidsredenen en vanwege onbereikbaarheid bleek samen te hangen met sociaal-economische status en enkele onderzoeksvariabelen. De eerste groep is echter zo klein dat zij de resultaten nauwelijks kan beïnvloeden. De gestandaardiseerde discriminantcoëfficiënt van -.51 in de tweede groep betekent dat de interne beheersingsorientatie de non-response beïnvloedt, zodat in de uiteindelijke response wat meer intern-georiënteerden zullen zitten. Zou de interne beheersingsorientatie geen invloed hebben gehad op de respons, dan zou, uitgaande van de mediaan, 48% van de onderzochte groep (=423 personen) als "niet-intern georiënteerd" omschreven zijn. Door een selectie bias binnen een subgroep vinden we echter "slechts" 415 niet-intern georiënteerden. Dit is de belangrijkste vertekening die in de onderzochte populatie kon worden aangetroffen.

6.2.2 AFBAKENING VAN HET AANTAL RESPONDENTEN

Voor deze studie is het panel gekozen als de uiteindelijke onderzoeksgroep. Om twee redenen is een aantal respondenten uit het panel niet in

de analyses betrokken. Allereerst zijn de respondenten met een chronische aandoening, waarvoor ze regelmatig voor controle naar de dokter moeten, uit de onderzoeksgroep verwijderd. Dit is gebeurd om een tweetal redenen. Allereerst omdat, zoals reeds eerder is aangegeven, het onderzoek gericht is op een min of meer gezonde populatie. Personen met een chronische aandoening kunnen juist terwille van hun aandoening "verplicht" geweest zijn zich gezonder te gaan gedragen, zoals hartpatiënten, die na een infarct door de arts dringend verzocht worden te stoppen met roken. In feite is hier geen sprake meer van duidelijke keuzevrijheid. Een andere reden is dat uit enkele proefinterviews bleek dat personen met een chronische handicap vaak geneigd waren bij de gezondheidsspecifieke beheersingsoriëntatie-vragenlijst de termen gezondheid en ziekte zeer specifiek in te vullen, namelijk naar hun eigen handicap. Hierdoor zal een verschil in beheersingsoriëntatie niet alleen opgevat kunnen worden als een verschil in opvatting, maar ook als een feitelijk verschil tussen handicaps. Bij bepaalde aandoeningen zal men zelf weinig kunnen doen om beter te worden of minder last te hebben, bij andere aandoeningen is die mogelijkheid wel tot op zekere hoogte aanwezig. Een bijkomend voordeel is dat, door de respondenten met een chronische aandoening uit het onderzoek te verwijderen, er een homogeenere onderzoekspopulatie ontstaat. Zoals uit hoofdstuk 4 bleek is de gezondheidstoestand gerelateerd aan de beheersingsoriëntatie, zodat deze mogelijk als intervenierende factor kan werken bij de relaties tussen de beheersingsoriëntatie en het gezondheids- en ziektegedrag. Het aantal respondenten met een chronische aandoening bedraagt 136. Tenslotte is om een geheel andere reden een verdere reductie aangebracht. Zoals in hoofdstuk 7 beschreven zal worden is bij 36 respondenten sprake van een antwoordtendentie bij de beheersingsoriëntatie-vragenlijst. Deze respondenten zijn ook verwijderd, waardoor het uiteindelijke aantal gebruikte respondenten op 710 komt.

6.3 DE VARIABELEN

Zoals in paragraaf 6.2 is aangegeven, zijn van de respondenten gegevens bekend uit 1981 en uit 1983. Aangezien in deze studie gebruik gemaakt wordt van een gezondheidsspecifieke beheersingsoriëntatie, en deze alleen in 1983 gemeten is, zal voornamelijk gebruik gemaakt worden van de gegevens uit 1983. In enkele gevallen wordt gebruik gemaakt van de gegevens van 1981. Hierbij gaat het om gezondheidsopvattingen, welke niet in 1983 gemeten zijn.

De gebruikte variabelen zijn te ordenen naar de volgende categorieën:

- de gezondheidsspecifieke beheersingsoriëntatie
- achtergrondgegevens
- gezondheidstoestand

- (gezondheids)opvattingen
- gezondheidsgedrag
- ziektegedrag en
- de attitude, subjectieve norm en intentie ten aanzien van roken en alcoholgebruik

De operationalisatie van de gezondheidsspecifieke beheersingsorientatie zal uitvoerig in hoofdstuk 7 aan bod komen.

De andere variabelen zullen hier besproken worden, waarbij we voor de onderlinge samenhang en vergelijkingen met andere onderzoeken verwijzen naar de correlatie-matrix in bijlage 7 en de beide onderzoeksrapporten (Adriaanse e.a., 1981; Halfens e.a., 1984).

6.3.1 DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

In de literatuur worden als relevante demografische kenmerken voor de beheersingsorientatie genoemd sexe, leeftijd en sociaal-economische status. Hieraan hebben we burgerlijke staat toegevoegd.

De sociaal-economische status is samengesteld op basis van het beroep en functie, het aantal personen waaraan leiding wordt gegeven, de opleiding en de leeftijd van de kostwinner.

De statistische gegevens van de demografische kenmerken staan vermeld in tabel 6.5.

Tabel 6.5 Statistische gegevens demografische kenmerken (n=710; 1983).

	empirische spreiding	gemiddelde/ percentage	standaard deviatie	scheef- heid	betekenis
perc. vrouwen	-	52.7	-	-	-
leeftijd	23-73	42.5	12.5	.45	aant. jaren
sociaal- econom. status	1- 5	2.9	1.1	.46	laag-hoog
percentage gehuwden/ samenwo- nenden	-	79.5	-	-	-

6.3.2 SUBJECTIEVE GEZONDHEIDSTOESTAND

Op een drietal wijzen is de subjectieve gezondheidstoestand gemeten. Allereerst is gevraagd in hoeverre men de eigen gezondheid goed dan wel slecht beoordeelt. Verder zijn een tweetal lijsten met gezondheidsklachten aan de respondenten voorgelegd. De eerste lijst is de vragenlijst onderzoek ervaren gezondheid, kortweg de VOG genoemd (Dirken, 1967).

Deze lijst omvat 49 lichamelijke klachten met de vraag of men hier de laatste tijd weleens last van heeft gehad. De interne betrouwbaarheid volgens Cronbach's alpha bedraagt .81. Met de tweede lijst van 40 lichamelijke klachten is specifiek gevraagd naar het aanwezig zijn van klachten binnen een afgebakende tijdsperiode, namelijk de afgelopen zeven dagen (Joosten en Philipsen, 1978). Door middel van sommatie van de klachten is ook hiervan een klachtenscore samengesteld. De interne betrouwbaarheid bedraagt .73. Opgemerkt moet worden dat deze lijst slechts aan 489 respondenten is voorgelegd, omdat tijdens het veldwerk bleek dat het interview langer duurde dan op basis van de proefinterviews verwacht was. Deze lijst is toen bij de resterende interviews om begrotingstechnische en humanitaire reden niet meer afgenomen. De lijst is samengesteld teneinde tot enige overeenstemming te komen met betrekking tot de ernst van de klachten. Aan een 35-tal deskundigen, met name huisartsen zijn de klachten voorgelegd met de vraag in welke mate (0=niet noodzakelijk, 3=zeker noodzakelijk) een huisarts tijdens een eerste consult de klacht allereerst moet beschouwen als een uiting van een mogelijk ernstige somatische aandoening. Op basis van de gemiddelde scores is per klacht een ernst-score te bepalen. De respondenten, die een of meer klachten op deze lijst noemden, is gevraagd aan te geven welke de hoofdklacht was. Voor deze hoofdklacht is de ernst van de klacht bepaald door de gemiddelde score van de 35 deskundigen te nemen. Tevens is aan de respondenten zelf gevraagd aan te geven hoeveel aaneengesloten dagen ze last hadden van deze klacht.

In tabel 6.6. zijn de statistische gegevens van deze variabelen weergegeven.

6.3.3 OPVATTINGEN

6.3.3.1 DE ALGEMENE BEHEERSINGSORIENTATIE

In hoofdstuk 3 is reeds ingegaan op de door ons in 1981 gebruikte algemene beheersingsorientatie-lijst (zie ook bijlage 2). In tabel 6.8 zijn de statistische gegevens, berekend over de onderzoekspopulatie, weergegeven.

Tabel 6.6 Statistische gegevens subjectieve gezondheidstoestand (n=710; 1983).

	empirische spreiding	gemiddelde	standaard	scheefheid deviatie	betekenis
beoordeling eigen gezondh.	2- 5	4.1	.6	-.27	slecht-zeer goed
Voeg	0-36	8.0	5.8	1.1	aantal klachten
klachten af- gelopen week (1)	0-12	1.8	2.4	1.9	aantal
ernst klacht (2)	0.63-2.06	1.1	.29	1.1	mate van ernst
duur klacht (2)	1-98	17.5	31.7	2.0	aantal dagen

(1) n = 489

(2) n = 297

6.3.3.2 GEZONDHEIDSOPVATTINGEN

Tijdens de interviews in 1981 en 1983 zijn verschillende opvattingen omtrent gezondheid gemeten. Een aantal zijn voor dit onderzoek relevant.

Allereerst is voor het model van Rotter van belang de waarde die men hecht aan gezondheid. Hiervoor is aan de respondenten de vraag voorgelegd in hoeverre men een aantal nader genoemde zaken (zie tabel 6.7) belangrijker (1), even belangrijk (2) of minder belangrijk (3) dan gezondheid vindt. Uit tabel 6.7 blijkt dat er meer personen zijn die het gezin, vrede en/of vrijheid belangrijker vinden dan personen die gezondheid belangrijker vinden.

Tabel 6.7 Zaken die men belangrijker, of minder belangrijk dan gezondheid vindt (n=710; 1983; in percentages en geordend naar belangrijkheid).

	belangrijker	minder belangrijk
gezin	15	5
vrede	18	9
vrijheid	14	12
vriendschap	10	26
huisvesting	6	29
werk	7	36
sociale zekerheid	7	32
sport	3	64
geloof	9	61
geld	2	75

Door middel van sommatie van deze antwoorden is een schaal samengesteld. Hierbij is het antwoord op de afweging tussen gezondheid en geloof niet meegenomen, omdat deze laag correleerde met de totaalscore van de schaal. De interne consistentie bedraagt zodoende .78. Aangezien dezelfde vraag ook in 1981 aan de respondenten is voorgelegd, is van deze schaal ook de test-hertest betrouwbaarheid berekend. Deze bleek .27 te bedragen. De waarde die men hecht aan gezondheid is dus over een periode van 2 jaar niet erg stabiel.

Behalve met een gezondheidsspecifieke beheersingsorientatie is ook op andere wijzen gevraagd naar de mate waarin men de eigen gezondheid kon beïnvloeden. Zo is aan de respondenten gevraagd aan te geven wie volgens hen de meeste invloed heeft op hun gezondheid, wie vervolgens en zo verder. Zodoende is voor elke persoon of instantie een rangorde verkregen van 8 (meeste invloed) tot 1 (minste invloed). Van deze lijst zal alleen de rangorde gebruikt worden die men zichzelf en de arts heeft toegekend. Behalve naar de positie die ze zelf innemen in de lijst met personen en instanties is ook gevraagd naar de mate waarin men de eigen gezondheid kan beïnvloeden. Tot slot is in 1983 gevraagd in welke mate men zich verantwoordelijk acht voor de eigen gezondheid.

In deze studie maken we ook gebruik van gezondheidsopvattingen welke in 1981 gemeten zijn met behulp van een lijst met uitspraken over de medische wetenschap. Deze lijst is ontleend aan Cassee (1973). Van deze lijst is een tweetal schalen middels somscores geconstrueerd. In bijlage 4 staan de items en de daarop toegepaste factor-analyses weergegeven. De

Tabel 6.8 Statistische gegevens (gezondheids)opvattingen (n=710; 1981 en 1983).

	empirische spreiding	gemid- delde	standaard deviatie	scheefheid	betekenis
<hr/>					
<u>Algemeen</u>					
interne beheer- sings orientatie	7-25	18.6	2.8	-.22	laag-hoog
externe beheer- sings orientatie	6-30	18.3	4.1	.13	laag-hoog
 <u>Gezondheid</u>					
waarde van ge- zondheid	9-27	20.1	2.9	-.71	niet-sterk
zelf beïnvloeden gezondheid	1- 8	7.5	1.1	-3.53	minste-meest
arts beïnvloeden gezondheid	1- 8	5.5	1.5	-.71	minste-meest
mate van bein- vloeden eigen gezondheid	1- 5	3.9	.8	-.67	niet-in hoge mate
zelf verantwoor- delijk gezondheid	1- 6	5.1	.9	-.12	niet-volledig
scepsis t.o.v. me- dische wetenschap	11-35	21.6	4.0	.26	niet-sterk
vertrouwen in de med. wetenschap	4-20	13.4	2.6	-.43	niet-sterk
<hr/>					

eerste schaal is "sceptis ten opzichte van de medische wetenschap" genoemd en bevat uitspraken als "doktoren beloven meer dan ze feitelijk kunnen doen" en "artsen geven lang niet altijd het juiste advies". Hoewel deze schaal nauw samenhangt met de tweede schaal, vertrouwen in de medische wetenschap, worden beide om inhoudelijke reden als aparte schalen gebruikt. De uitspraken welke de schaal "vertrouwen in de medische wetenschap" vormen, hebben namelijk niet zozeer het medisch handelen als wel de gezondheid als onderwerp, waardoor deze uitspraken opgevat kunnen worden als een machtige anderen beheersingsorientatie omtrent de gezondheid. Uitspraken behorende tot deze schaal zijn "als je maar precies doet wat de dokter zegt, heb je de grootste kans om beter te worden" en "in een ziekenhuis weten ze precies wat goed voor je is". De interne betrouwbaarheid van beide schalen is respectievelijk .78 (sceptis) en .72 (vertrouwen). In tabel 6.8 zijn de statistische gegevens van de gezondheidsopvattingen weergegeven.

6.3.4 ZIEKTEGEDRAG

6.3.4.1 INTENTIE TOT ZIEKTEGEDRAG

Aan de respondenten is niet alleen naar het feitelijk ziektegedrag gevraagd, maar ook naar de intentie tot ziektegedrag. Om deze intentie te meten is een lijst met specifieke klachten gebruikt, welke door Mootz (1981) naar aanleiding van een soortgelijke lijst van Cassee (1973) ontwikkeld is. De klachten zijn in deze lijst gespecificeerd zowel naar de aard als naar de duur (zie bijlage 5). Aan de respondenten is gevraagd wat men bij elk van de 18 klachten zou doen: er geen aandacht aan besteden, afwachten of het vanzelf over gaat, medicijnen gebruiken, de volgende dag naar het spreekuur van de dokter gaan, de dokter zo snel mogelijk bellen, of iets anders. Door sommatie van het aantal antwoorden per antwoordcategorie, waarbij "geen aandacht" en "afwachten" zijn samengevoegd, evenals "de volgende dag naar de dokter gaan" en "de dokter bellen", zijn vier variabelen samengesteld.

In tabel 6.9 zijn de statistische gegevens hiervan weergegeven.

Aangezien het merendeel van de respondenten geen enkele maal als antwoord "iets anders" genoemd heeft, is deze variabele erg scheef verdeeld. Door van de variabele de logaritme te nemen is deze enigszins verbeterd (zie tabel 6.9). De interne betrouwbaarheid van de schalen is respectievelijk .77 (afwachten), .54 (medicijngebruik), .77 (doktersbezoek) en .86 (anders). Met uitzondering van de schaal medicijngebruik zijn de interne consistenties van deze schalen dus goed.

Tabel 6.9 Statistische gegevens intentie tot ziektegedrag
(n=710; 1983).

	empirische spreiding	gemid- delde	standaard	scheefheid deviatie	betekenis
afwachten	0-18	11.0	3.6	-.40	0-18x genoemd
medicijn- gebruik	0- 7	1.1	1.3	1.32	0- 7x genoemd
dokters- bezoek	0-18	5.5	3.3	.60	0-18x genoemd
anders	0-18	.4	1.5	6.66	0-18x genoemd
anders (log)	0- 1.3	.1	.2	2.69	logaritme (x+1)

6.3.4.2 GERAPPORTEERD ZIEKTEGEDRAG

Om een vergelijking te kunnen maken tussen de intentie en het feitelijk (gerapporteerd) gedrag, is aan de respondenten die in de week voorafgaand aan het interview, gezondheidsklachten hebben gehad, gevraagd aan te geven wat ze voor deze klacht of - indien men meer klachten heeft gehad - voor de belangrijkste klacht gedaan hebben. Hierbij zijn vrijwel dezelfde antwoordcategorieën aangehouden als bij de intentie tot ziektegedrag. Het gebruik van medicijnen is echter gesplitst in voorgeschreven en niet-voorgeschreven medicijnen.

Een probleem is dat men meestal meer zaken onderneemt in geval van een klacht. Bijvoorbeeld eerst afwachten, vervolgens een pijnstiller gebruiken en tot slot naar de dokter gaan. Vandaar dat de respondenten de mogelijkheid hadden om meer antwoorden te geven. Om van deze antwoorden een hanteerbare variabele te maken, zijn de antwoorden geordend naar de mate van belangrijkheid, waarbij de arts raadplegen als het belangrijkste is opgevat, vervolgens de voorgeschreven medicijnen, de niet-voorgeschreven medicijnen, iets anders doen en tot slot afwachten als de minst belangrijke categorie. Vervolgens zijn de respondenten, die klachten hebben gehad, op basis van hun antwoorden in die categorie geplaatst, welke in volgorde van belangrijkheid de hoogste positie inneemt. Zo is degene die

als antwoorden gegeven heeft "afwachten of het vanzelf over gaat", "iets anders" en "niet-voorgeschreven medicijnen", geplaatst in de categorie "niet-voorgeschreven medicijnen", aangezien deze de hoogste positie in deze rangorde inneemt.

In tabel 6.10 is het percentage respondenten per categorie weergegeven.

Tabel 6.10 Frequentieverdeling gerapporteerd ziektegedrag
(n=297;1983).

	absolute aantallen	percentage
afwachten	105	35.3
niet-voorgeschreven medicijnen	29	9.8
voorgeschreven medicijngebruik	22	7.4
doktersbezoek	89	30.0
anders	52	17.5
totaal	297	100.0

6.3.5 GEZONDHEIDSGEDRAG

6.3.5.1 ALGEMENE LEEFWIJZE

In hoofdstuk 5 hebben we reeds opgemerkt dat verschillende pogingen om een index voor gezondheidsgedragingen te construeren feitelijk mislukt zijn. Aangezien een dergelijke index van belang is voor ons onderzoek, is in de vragenlijst, naast enkele specifieke gezondheidsgedragingen die uitgebreider aan de orde kwamen, een lijst met 15 gezondheidsgedragingen opgenomen. Met behulp van factor-analyse en interne betrouwbaarheidsanalyse is gepoogd een schaal te construeren. Aangezien de interne betrouwbaarheidscoefficient op geen enkele manier boven de .20 uitkwam, hebben

we hiervan afgezien. Nu is het gebruikelijk in de literatuur (o.a. Gottlieb en Green, 1984; Berkman en Syme, 1979; Belloc en Breslow, 1972) ondanks de lage interne betrouwbaarheid de gezondheidsgedraging toch te sommeren. Als legitimatie hiervoor geldt dat in deze onderzoeken gekeken wordt naar de relatie gezondheidstoestand en gezondheidsgedrag. Hoewel mensen zelf gezondheidsgedragingen niet als soortgelijk percipieren hebben deze wel alle een effect op de gezondheidstoestand. Door de gezondheidsgedragingen te sommeren, wordt in feite dit effect gesommeerd. Aangezien in dit onderzoek niet de relatie gezondheidsgedrag en gezondheidstoestand centraal staat, vervalt deze legitimatie om de gedragingen te sommeren. Dit betekent concreet dat vraagstelling vier - hangt de beheersingsorientatie samen met een algemene maat voor gezondheidsgedrag - feitelijk niet bestudeerd kan worden.

Wel zijn nog op twee andere manieren aspecten van de algemene leefwijze gemeten. Aan de respondenten is gevraagd aan te geven in welke mate ze de eigen leefwijze gezond vinden.

Verder zijn in 1981 een aantal open vragen aan de respondenten voorgelegd omtrent zaken die men doet of laat voor de eigen gezondheid. Door uitsluitend het aantal antwoorden te sommeren is een schaal verkregen met een interne consistentie van .82, welke we "bewust zijn eigen leefwijze" genoemd hebben (zie ook tabel 6.11).

Tabel 6.11 Statistische gegevens algemene leefwijze (n=710; 1981 en 1983).

	empirische spreiding	gemid- delde	standaard deviatie	scheef- heid	betekenis
beoordeling eigen leefwijze als gezond	2- 7	5.6	.9	1.26	ongezond/ zeer onge-
bewust zijn eigen leefwijze	0-15	4.4	3.1	.50	aantal ant- den

6.3.5.2 ROOKGEWOONTEN

Naast de vraag of men al of niet wel eens rookt, is aan degenen die zeiden niet te roken, gevraagd of ze vroeger gerookt hebben, terwijl aan de-

genen die wel eens roken is gevraagd hoeveel ze per dag roken. Aangezien van de rokers vrijwel iedereen sigaretten rookt, en het niet mogelijk bleek het aantal sigaretten, sigaren en pijpen in een variabele onder te brengen, is wat de hoeveelheid betreft alleen het aantal sigaretten van degenen die sigaretten roken als indicatie genomen. In tabel 6.12 zijn de gegevens omtrent de rookgewoonten weergegeven.

Tabel 6.12 Statistische gegevens rookgewoonten (n=710; 1983).

	empirische spreiding	gemidd./ percent.	standaard deviatie	scheef- heid	absolute aantal
percentage rokers	-	49.4	-	-	351
percentage ex-rokers	-	24.9	-	-	177
aantal sigaretten(1)	2-75	16.5	10.7	1.56	-
percentage mislukte stopopgng(2)	-	34.2	-	-	120

(1) n = 322

(2) n = 351

6.3.5.3 ALCOHOLCONSUMPTIE

Ten aanzien van het alcoholgebruik zijn soortgelijke vragen gesteld als ten aanzien van de rookgewoonten. Allereerst is gevraagd welke alcoholhoudende dranken men wel eens drinkt. Op basis hiervan is een onderscheid gemaakt in wel en niet alcoholgebruikers. Degenen die geen alcohol gebruiken, is gevraagd of men vroeger wel eens alcohol heeft gebruikt. Degenen die wel alcohol gebruiken is gevraagd per dag over de afgelopen zeven dagen het aantal glazen alcoholhoudende drank op te geven. Aan de

hand hiervan is de frequentie en het gemiddelde aantal glazen per dag - beide berekend over de zeven dagen - vastgesteld. Tot slot is nog aan de alcoholgebruikers gevraagd of men het afgelopen jaar een of meerdere pogingen gedaan heeft om definitief te stoppen met het drinken van alcoholhoudende drank.

Tabel 6.13 geeft de statistische gegevens van deze variabelen.

Tabel 6.13 Statistische gegevens alcoholconsumptie (n=710; 1983).

	empirische spreiding	gemidd./ percent.	standaard deviatie	scheef- heid	betekenis
percentage gebruikers	-	83.1	-	-	-
percentage ex-gebruikers	-	6.2	-	-	-
frequentie van gebruik	0- 7	3.4	2.4	.24	in dagen; al- le gebruikers
aantal glazen/ keer(2)	1-12	2.9	2.0	1.84	alleen ge- bruikers af- gelopen 7 da- gen
percentage mis- lukte stop- poging (1)	-	3.9	-	-	-

(1) n = 590

(2) n = 527

6.3.5.4 LICHAAMSBEWEGING

Ten aanzien van lichaamsbeweging is allereerst nagegaan wie wel en wie niet aan lichaamsbeweging doen. Vervolgens is aan degenen die niet aan lichaamsbeweging doen, gevraagd of ze hieraan vroeger wel deden, terwijl

aan degenen die wel iets aan lichaamsbeweging doen, gevraagd is hoeveel uur men hieraan gemiddeld per week besteedt. Tot slot is aan alle respondenten gevraagd of ze van plan zijn geweest meer aan lichaamsbeweging te gaan doen.

Uit tabel 6.14 blijkt dat het aantal uren scheef verdeeld is. Vandaar dat ook hiervan de logaritme is berekend.

Tabel 6.14 Statistische gegevens lichaamsbeweging (n=710; 1983).

		empirische spreiding	gemidd./ percent.	stand. deviatie	scheefh.	betekenis
percentage bewegers	-	51.3	-	-	-	
percentage ex-bewegers	-	30.7	-	-	-	
aantal uren beweging(1)	0-40	3.7	3.9	4.6	hele uren/ week	
aantal uren beweging (log) (1)	0- 1.6	.6	.2	.80	logaritme (x + 1)	
intentie tot bewegen	1- 3	1.6	.73	.73	niet-vast van plan	

(1) alleen bewegers (n = 364)

6.3.6 DE ATTITUDE, SUBJECTIEVE NORM EN INTENTIE TEN AANZIEN VAN ROKEN EN ALCOHOLGEBRUIK

In hoofdstuk 5 is het model van Fishbein en Ajzen reeds beschreven. Gesteld is dat de intentie de beste voorspeller is van het gedrag, terwijl de intentie op haar beurt het beste voorspeld kan worden door de attitude en de subjectieve norm ten opzichte van dat gedrag (zie fig. 5.1).

Om de hierna volgende redenen zijn de attitude, de subjectieve norm en de intentie niet alleen ten aanzien van roken (of alcoholgebruik), maar ook ten aanzien van niet-roken (of geen alcoholgebruik) gemeten.

Eerder is reeds aangegeven dat er sprake moet zijn van niveau-overeenkomst tussen variabelen. Wil men redelijke samenhangen verwachten dan moeten de variabelen van eenzelfde niveau zijn. Dit betekent dat indien roken het betreffende gedrag is, de intentie, de attitude en de subjectieve norm gemeten moeten worden ten aanzien van roken. Nu doet zich met gedragingen als roken en alcohol drinken het probleem voor dat deze verschillende gedragsalternatieven kennen, bijvoorbeeld niet roken, minder roken, of meer roken. Aan de hand van een klein onderzoekje bij rooksters omtrent het stoppen met roken laat Fishbein (1982) de consequenties hiervan zien. De intentie tot stoppen met roken bleek niet gerelateerd te zijn aan het feitelijke gedrag. Door aan de respondenten ook de intentie ten aanzien van de andere gedragsmogelijkheden te vragen, werd duidelijk dat rooksters welke van plan waren te stoppen met roken, maar dit uiteindelijk niet deden, een hogere intentie hadden om hun rookgedrag te continueren of alleen te minderen, dan om te stoppen. Verschilscores tussen de gedragsalternatieven bleken dus goede indicatoren voor het feitelijke gedrag te zijn. Ook uit ander onderzoek blijkt dat verschilscores tot betere voorspellingen van het uiteindelijke gedrag leiden, dan de intentie ten aanzien van slechts een gedragsalternatief (Marsh en Mattheson, 1983). In feite wordt door de intentie ten opzichte van meerdere gedragsalternatieven te meten, de betrouwbaarheid van de intentie verhoogd. Hoewel bij Fishbein (1982) het stoppen met roken centraal stond, geldt dit ook voor het roken zelf. Degene die sinds enkele maanden niet meer rookt, maar wel af en toe een of meer trekjes neemt bij vrienden, zal het volstrekt oneens zijn met de stelling dat, hij of zij de komende maand zal roken. Op de uitspraak dat men de komende maand niet zal roken, zal echter waarschijnlijk minder stellig geantwoord worden. Het antwoord op de laatste uitspraak zal dan ook meer in overeenstemming zijn met de attitude omtrent het niet roken.

Een andere reden waarom verschilscores van belang zijn, heeft betrekking op het meten van de waarschijnlijkheden. Indien een individu van een bepaald gedrag, zoals roken, een bepaalde consequentie verwacht, bijvoorbeeld longkanker, sluit dit niet uit, dat hij of zij dezelfde consequentie verwacht bij het niet uitvoeren van het gedrag, bijvoorbeeld omdat in zijn of haar familie al veel personen jong gestorven zijn aan longkanker, ongeacht of deze rookten of niet. Bij de waarschijnlijkheden gaat het er steeds om dat een individu een bepaalde consequentie toeschrijft aan een bepaald gedrag. Door de persoon de mogelijkheid te bieden de consequentie ten aanzien van beide gedragsalternatieven aan te geven, kan een betere afweging tot stand komen ten aanzien van het werkelijk verwachte effect van het gedrag.

Vandaar dat de betreffende variabelen gemeten zijn voor zowel het roken (of alcohol drinken) en het niet roken (of geen alcohol drinken).

Hoewel Fishbein (1982) gebruik maakt van verschillencores tussen beide gedragsalternatieven, hebben wij deze, na hercoderen van het niet roken (en het geen alcohol drinken) in de richting van het roken (en alcohol drinken), gesommeerd. Beide methoden komen feitelijk op hetzelfde neer - een negatieve variabele is namelijk dezelfde als een gehercodeerde variabele plus een bepaalde waarde -, maar sommering biedt het voordeel dat de interne betrouwbaarheid van de samengestelde variabelen berekend kan worden.

Alvorens in te gaan op de statistische gegevens omtrent de attitude, de subjectieve norm en de intentie zullen we eerst aangeven op welke wijze deze gemeten zijn.

Intentie

De intentie is gemeten met behulp van de uitspraken: "Ik zal de komende maand roken (niet roken, alcohol drinken, geen alcohol drinken)". Hierbij is een zevenpuntsschaal als antwoordschaal gebruikt (1 = helemaal mee oneens, 7 = helemaal mee eens).

Attitude

Voor de attitude zijn per gedragmogelijkheid drie uitspraken aan de respondenten voorgelegd. Met behulp van zevenpuntschalen is gevraagd of men het betreffende gedrag heel goed (7) dan wel heel slecht (1), en zeer prettig (7) dan wel zeer onprettig (1) en zeer noodzakelijk (7) dan wel helemaal niet noodzakelijk (1) acht.

Subjectieve norm

De subjectieve norm is per gedragmogelijkheid gemeten door aan de respondenten te vragen in hoeverre men het eens is met de uitspraak "de meeste mensen die belangrijk zijn voor mij, vinden dat ik moet roken (niet roken, alcohol drinken, geen alcohol moet drinken)".

Vrijwel niemand (2%) bleek het echter eens te zijn met de uitspraak "de meeste mensen die belangrijk zijn voor mij, vinden dat ik 'moet' roken (alcohol drinken)". Hoewel het woord 'moet' tussen aanhalingsregels is geplaatst, blijkt deze uitspraak te extreem. In eerste instantie is daarom de uitspraak "de meeste mensen die belangrijk zijn voor mij, vinden dat ik niet moet roken" als subjectieve norm genomen. We geven echter de voorkeur aan een variabele die samengesteld is op basis van meerdere vragen, zoals we dat gedaan hebben bij de indirecte subjectieve norm. Bovendien is de samenhang bij beide gedragingen tussen de subjectieve norm en de intentie geringer dan tussen de indirecte subjectieve norm en de intentie. Vandaar dat uiteindelijk de indirecte subjectieve norm als indicatie voor de subjectieve norm is gebruikt.

De indirecte subjectieve norm is samengesteld aan de hand van de normideeën en de instemming. Als normideeën zijn gevraagd of de partner (kinderen, vrienden/kennissen, collega's en de arts) vindt dat de respondent a. niet moet roken (geen alcohol moet drinken), b. 'moet' roken (alcohol

'moet' drinken). Voor elk normidee is een zevenpunts-antwoordschaal (-3 = helemaal mee oneens, 3 = helemaal mee eens) gebruikt, waarbij niet van toepassing als 0 gecodeerd is. Aangezien zich bij deze normideeen hetzelfde probleem voordeed als bij de directe subjectieve norm, zijn de antwoorden op de normideeen omtrent het 'moeten' niet gebruikt. De instemming is gemeten door te vragen hoeveel belang de respondent hecht aan de mening van de partner (kinderen, vrienden/kennissen, collega's en de arts), als het om roken gaat. Ook hier is weer aan de hand van een zevenpuntschaal (1 = zeer weinig, 7 = zeer veel) geantwoord. Vervolgens zijn de afzonderlijke normideeen vermenigvuldigd met de bijbehorende instemmingen. Een score rond de nul betekent zodoende dat de mening van de betreffende persoon niet van belang is voor de respondent, tenminste als het om roken of alcohol drinken gaat. De beide extreme scores, zowel de negatieve als de positieve score, geven weer dat de mening van de persoon in kwestie van belang is, en de respondent het respectievelijk eens of oneens is met de uitspraak dat de persoon in kwestie van mening is dat de respondent niet moet roken (geen alcohol moet drinken). Tot slot zijn de vijf productscores gesommeerd.

In tabel 6.15 zijn de schaalgegevens voor de verschillende variabelen ten aanzien van roken weergegeven.

Tabel 6.15 Statistische gegevens van de attitude, de (indirecte) subjectieve normen en de intentie tot roken (n = 710; 1983).

	empirische spreiding	gemid- delde	standaard deviatie	scheef- heid	alpha	aantal items
intentie	2-14	7.1	5.1	.19	.96 ¹	2
attitude	6-14	17.3	8.0	.11	.80	6
indirecte subjectieve norm	-105-72	-16.0	29.2	-.18	.79	5

¹ (r = .93)

Uit deze tabel blijkt dat alle variabelen normaal verdeeld, en intern consistent zijn.

Bekijken we de gemiddelde scores dan valt op dat voor alle variabelen geldt dat het gemiddelde in de richting van het niet-roken ligt. Over het algemeen staat men negatief ten opzichte van roken. Men heeft minder de intentie om te roken, terwijl men ook een negatievere attitude en subjectieve norm ten aanzien van roken heeft.

Opgemerkt kan nog worden dat in tegenstelling tot onze verwachting de intentie tot roken blijkbaar nauwelijks verschilt van de intentie tot niet-roken ($r = .93$). Dit moet waarschijnlijk grotendeels toegeschreven worden aan het feit dat zich onder de respondenten zowel rokers als niet-rokers bevinden.

De statistische gegevens van de variabelen voor het al of niet drinken van alcohol, zijn weergegeven in tabel 6.16. Opgemerkt moet worden dat deze variabelen bij slechts een gedeelte van de respondenten zijn gemeten, namelijk bij 481. Tijdens het veldwerk bleek de vragenlijst namelijk langer dan vijf kwartier te duren, hetgeen om budgettaire-technische redenen ertoe heeft geleid dat onder andere deze vragen bij de resterende respondenten niet meer zijn gesteld.

Uit tabel 6.16 blijkt dat de interne betrouwbaarheid van de variabelen goed is. De attitude blijkt wel enigszins scheef verdeeld te zijn. Deze scheefheid is echter niet zodanig dat een transformatie van de variabelen noodzakelijk is (Tabachnick en Fidell, 1983).

Tabel 6.16 Statistische gegevens van de attitude, de (indirecte) subjectieve normen en de intentie tot alcoholgebruik ($n = 481$; 1983).

	empirische spreiding	gemid- delde	standaard deviatie	scheef- heid	alpha	aantal items
intentie	2-14	9.5	3.9	-.77	.94 ¹	2
attitude	6-37	23.0	6.1	-1.11	.83	6
indirecte subjectieve norm	-99-105	6.5	30.3	-.24	.82	5

¹ ($r = .88$)

Uit tabel 6.16 blijkt verder dat alle gemiddelden wijzen in de richting van alcohol drinken. Met andere woorden, over het algemeen heeft men de intentie om de komende maand alcohol te drinken, heeft men een positieve attitude ten opzicht van alcohol drinken, en zijn, volgens de respondenten, anderen niet van mening dat men geen alcohol 'moet' drinken.

6.4 SAMENVATTING

In dit hoofdstuk is de opzet van het onderzoek besproken. Aangegeven is dat het onderzoek een onderdeel vormt van een panelonderzoek onder de Nederlandse bevolking. In dit panelonderzoek, waarvoor zowel in 1981 als in 1983 een meting is verricht, is gebruik gemaakt van een gestandaardiseerde vragenlijst.

Uitvoerig is ingegaan op de representativiteit en de door de non-response veroorzaakte response van het gebruikte panel. De belangrijkste vertekening van de onderzoekspopulatie bleek de daling van het aantal niet-intern-georiënteerden van 423 tot 415 te zijn.

Uit het panel zijn de respondenten met een chronische aandoening, waarvoor ze onder behandeling zijn, voor dit onderzoek verwijderd. Hetzelfde geldt voor enkele respondenten bij wie een antwoordtendentie op de beheersingsorientatie-vragenlijst werd aangetroffen.

Tot slot zijn in dit hoofdstuk de variabelen beschreven.

De operationalisering van de beheersingsorientatie wordt in het volgende hoofdstuk besproken.

HOOFDSTUK 7 BESCHRIJVING VAN DE BEHEERSINGSORIENTATIE

In dit hoofdstuk wordt het meetinstrument, waarmee de beheersingsorientatie is geoperationaliseerd, besproken. Allereerst wordt ingegaan op de wijze waarop het instrument tot stand is gekomen. Daarna komen de interne betrouwbaarheid en statistische gegevens van de, op basis van het meetinstrument, geconstrueerde schalen aan de orde. Vervolgens wordt, teneinde inzicht te krijgen in de soortgenoot validiteit, nagegaan in welke mate de schalen samenhangen met soortgelijke (gezondheids)opvattingen. Tot slot wordt nagegaan of de schalen gerelateerd zijn aan de demografische kenmerken en aan de subjectieve gezondheidstoestand.

7.1 HET MEETINSTRUMENT

Als operationalisatie van de beheersingsorientatie is gekozen voor de door Wallston e.a. (1978a) geconstrueerde lijst.

In hoofdstuk 3 is reeds uitvoerig ingegaan op de wijze waarop de beheersingsorientatie gemeten dient te worden. Gesteld is dat een meetinstrument dat specifiek op een bekrachtigingsgebied is gericht, de voorkeur verdient boven een algemeen meetinstrument. Verder is gesteld dat voor elke (zinvolle) beheersende instantie een aparte schaal geconstrueerd moet worden en dat het zinvol kan zijn een onderscheid te maken tussen positieve en negatieve bekrachtigingen.

Zoals we gezien hebben voldoet de door Wallston e.a. (1978a) ontwikkelde Multi-dimensional Health Locus of Control Scale (MHLC) aan deze eisen. Het meetinstrument is specifiek gericht op gezondheid en ziekte, waarbij een onderscheid gemaakt is in drie beheersende instanties, te weten de persoon zelf, machtige anderen en kans of geluk. Voor elke beheersende instantie is een aparte schaal ontwikkeld van zes uitspraken met elk een zes-punts Likert-antwoord-schaal. Hoewel er zowel positieve als negatieve uitspraken in voorkomen blijken deze echter geen afzonderlijke schalen te vormen (Wallston e.a., 1978a). Verder zijn alle uitspraken in de ik-vorm gesteld. In hoofdstuk 3 zijn we verder ingegaan op de betrouwbaarheid van deze lijst, terwijl in hoofdstuk 4 enkele studies met deze lijst zijn gepresenteerd.

Een Nederlandse vertaling van deze lijst is gemaakt door Burink-Withaar, Jansen, Jonkers, en Pruyn (vlgs. Jonkers e.a., 1981). Factor-analyse leidde tot de 3 verwachte factoren, namelijk een interne, een machtige andere en een kans-beheersingsorientatie. Hoewel alle uitspraken de hoogste lading hadden op de voorspelde factor, bleken een aantal uitspre-

ken een relatief lage lading of lage communaliteit te hebben. Mede op basis hiervan en op basis van enkele proefinterviews is deze lijst door ons enigszins aangepast. De belangrijkste aanpassing heeft plaatsgevonden bij twee uitspraken uit de machtige anderen schaal. Het betrof de uitspraken "Mijn gezin heeft er veel mee te maken dat ik ziek word of gezond blijf" en "Als ik van een ziekte herstel, komt dat meestal doordat andere mensen (b.v. artsen, verpleegkundigen, familie, vrienden) goed voor me hebben gezorgd". Aangezien in de vier andere uitspraken van deze schaal alleen de arts als beheersende persoon genoemd wordt, zijn, om een eenduidige beheersende instantie te verkrijgen, de uitspraken als volgt veranderd: "Artsen hebben er veel invloed op of ik gezond blijf of niet" en "Als ik van een ziekte herstel, heb ik dit toch vooral te danken aan mijn arts". Verdere aanpassingen hebben vooral betrekking gehad op de formulering en het woordgebruik. Zo is de uitspraak "Als het zo voorbestemd is, blijf ik gezond", veranderd in "Of ik gezond blijf is een kwestie van toevallige gebeurtenissen".

In tabel 7.1 zijn de uiteindelijk gebruikte uitspraken in de meting van 1983 weergegeven. De uitspraken zijn hierbij geordend per schaal, waarbij het cijfer verwijst naar de oorspronkelijke positie van de uitspraak in de lijst.

Aangezien Alleyn (1983) met de door Burink-Withaar e.a. vertaalde lijst vond dat er bij 10% van de respondenten uit een onderzoek naar borstkanker (zie o.a. Jonkers e.a., 1981) vermoedelijk sprake was van antwoordtendenties, hebben we allereerst op eventuele antwoordtendenties gecontroleerd. Van de 746 respondenten bleken er 36 (5%) een of meer malen op zes achtereenvolgende uitspraken hetzelfde antwoord gegeven te hebben. In tegenstelling tot hetgeen Alleyn (1983) vond, nam deze tendentie niet toe naarmate de uitspraken meer aan het eind van de lijst voorkwamen. Hoewel het theoretisch te verdedigen valt dat een respondent op zes achtereenvolgende uitspraken eenzelfde antwoord geeft, zeker als het de antwoorden "enigszins mee eens" en "enigszins mee oneens" betreft, is hier vermoedelijk sprake van een antwoordtendencie. Vandaar dat we deze respondenten niet in de verdere analyses gebruikt hebben. Een vergelijking van deze groep met de resterende respondenten op de variabelen sexe, leeftijd, sociaal-economische status, burgerlijke staat, beïnvloeden eigen gezondheid, doktersbezoek, aantal gezondheidsklachten, wel of niet roken, drinken van alcohol, en iets aan lichaamsbeweging doen, leert dat beide groepen op deze kenmerken niet significant van elkaar verschillen.

In tabel 7.1 zijn de antwoorden van de resterende 710 respondenten op de uitspraken van de drie schalen weergegeven.

Principale factoren-analyse (Nie, e.a., 1975) op deze lijst gaf voor de eerste drie factoren de volgende eigenwaarden: 3.93, 2.29, 1.66. Deze verklaarden respectievelijk 22, 13, en 9% van de variantie. Varimax rotatie van deze factoren leidde tot de drie verwachte factoren, waarbij elk item het hoogst laadde op die factor, waarvoor het oorspronkelijk was opgenomen (zie tabel 7.1). De uitspraak "Wat ik ook doe, ziek word ik waar-

tabel 7.1

Tabel 7.1 Frequentieverdeling en factoriadingen van de MHLG.
(n = 710; 1983)

-88-

	(beelst) mee eens	enigerzins mee (on)- eens	(beelst) mee on- eens	factor 1	factor 2	factor 3	R ²
2. Als ik ziek ben ligt het aan mijzelf hoe snel ik beter word	33	52	15	.14	.42	.10	.20
6. Als ik goed voor mijzelf zorg, kan ik ziektes voorkomen	48	42	10	.08	.41	-.06	.18
8. Als ik ziek word dan is dat mijn eigen schuld	4	34	62	.11	.39	.10	.18
11. Mijn gezondheid wordt in de eerste plaats bepaald door wat ik zelf doe	43	49	8	-.05	.63	.05	.41
14. Ik heb mijn gezondheid in eigen hand	26	46	28	-.05	.64	-.01	.42
17. Het ligt vooral aan mijzelf hoe snel ik van een ziekte zal genezen	27	63	10	-.01	.58	.08	.16
Arts							
4. Als ik van een ziekte herstel, heb ik dit toch vooral te danken aan mijn arts	20	62	18	.51	.09	.24	.33
5. Als ik me niet goed voel, moet ik eigenlijk een arts raadplegen	48	40	12	.54	-.07	.08	.30
7. Wat betreft mijn gezondheid, kan ik alleen maar doen wat de dokter zegt	21	48	31	.69	.03	.17	.51
9. Artsen hebben er veel invloed op of ik gezond blijf of niet	11	47	42	.58	.20	.09	.39
13. Artsen bepalen mijn gezondheid	6	29	65	.60	.12	.18	.41
15. Om ziektes te voorkomen is regelmatig de huisarts te raadplegen	13	39	48	.63	.06	.08	.41
Kans							
1. Wat ik ook doe, ziek word ik waarschijnlijk toch	16	27	57	.36	-.06	.38	.27
3. Mijn goede gezondheid is grotendeels een kwestie van aanleg of geluk	35	43	22	.10	.08	.52	.29
10. Hoe snel ik van een ziekte zal genezen, wordt grotendeels door geluk bepaald	11	39	50	.27	.10	.59	.43
12. De meeste dingen waardoor ik ziek word overkomen mij bij toeval	23	47	30	-.01	.12	.51	.28
16. Of ik gezond blijf is een kwestie van toevallige gebeurtenissen	15	48	37	.15	.04	.52	.35
18. Als ik ziek word dan word ik het toch, daar kan niemand iets aan doen	36	39	25	.16	-.05	.43	.22

schijnlijk toch" laadt echter vrijwel identiek op de factor PHLC. Mede omdat het voldoende laadt op de factor CHLC en omdat het theoretisch gezien bij deze factor thuishoort, is dit item bij de schaalconstructie alleen voor de schaal CHLC meegenomen. De schalen zijn samengesteld door steeds de zes uitspraken te sommeren.

De interne consistentie van de drie schalen is redelijk tot goed (zie tabel 7.2). Soortgelijke consistenties met deze lijst werden gevonden in de andere steekproeven van het panelonderzoek en in ander onderzoek (Adriaanse e.a. 1984; zie bijlage 6). De interne consistentie-coëfficiënten komen ook overeen met de door Wallston e.a. (1978a, 1981) genoemde coëfficiënten. De interne consistentie vormt dus een stabiel gegeven voor deze schalen.

Aangezien deze lijst alleen in 1983 aan de respondenten is voorgelegd kunnen geen test-hertest betrouwbaarheden berekend worden. Wel zijn op de oorspronkelijke vertaling van Burink-Withaar e.a. door Alleyn (1983), de test-hertest betrouwbaarheden over een tijdsinterval van zes maanden per uitspraak berekend. Deze correlatie-coëfficiënten varieerden van .13 tot .56 met een mediaan van .41. Aangenomen mag worden dat indien de test-hertest betrouwbaarheden op schaal-niveau berekend waren deze iets hoger zouden zijn.

Tabel 7.2 Schaalgegevens van de drie beheersingsorientatieschalen (n = 710, 1983).

	Cronbach's alpha	gemiddelde	standaard deviatie	scheefheid
IHLC	.68	22.4	4.3	-.08
PHLC	.78	19.4	5.1	.14
CHLC	.70	19.5	5.1	.02

In tabel 7.2 zijn behalve de interne betrouwbaarheid ook de gemiddelden, standaard deviaties en scheefheid van de drie schalen weergegeven. Hieruit blijkt dat de drie schalen normaal verdeeld zijn. In tabel 7.3 zijn de intercorrelaties tussen de drie schalen weergegeven. Hieruit blijkt dat de beide externe orientaties in geringe mate positief samenhangen met de interne orientatie, terwijl de beide externe orientaties wel duidelijk samenhangen. Hoewel in de literatuur soms ook dergelijke hoge samenhangen gevonden worden (o.a. Larde en Clopton, 1983), is dit hier ten dele te verklaren, doordat de uitspraak "wat ik ook doe, ziek word ik toch" met

beide orientaties samenhangt. Deze samenhang tussen de beide externe schalen is ook gevonden bij de andere steekproeven (zie bijlage 6). De relatie tussen de interne en de beide externe orientaties varieert echter nogal. De verhouding interne versus externe beheersingsorientatie ten aanzien van gezondheid is dus geen stabiel gegeven.

Tabel 7.3 Intercorrelaties tussen de drie beheersingsorientatie-schalen (n = 710, 1983; p kleiner dan .001).

1. IHLC	-	
2. PHLC	.15	-
3. CHLC	.12	.40

Samenvattend kunnen we zeggen dat het in dit onderzoek gebruikte meetinstrument drie betrouwbare schalen bevat die normaal verdeeld zijn, waarvan de IHCL-schaal vrijwel onafhankelijk is van de twee externe schalen, doch de twee externe schalen niet onafhankelijk van elkaar zijn. Verwacht mag worden dat met de beide externe schalen zodoende veelal dezelfde resultaten verkregen zullen worden.

7.2 SOORTGENOOT VALIDITEIT

7.2.1 DE ALGEMENE BEHEERSINGSORIENTATIE

In 1981 is de respondenten een lijst met twaalf uitspraken voorgelegd, welke beoogde de algemene beheersingsorientatie te meten (Ormel, 1980). Factor-analyse van deze lijst leidde tot twee schalen, namelijk een schaal met alleen de intern geformuleerde uitspraken (interne beheersingsorientatie) en een schaal met alleen extern geformuleerde uitspraken (externe beheersingsorientatie; zie bijlage 2). Opgemerkt moet worden dat ook hier de externe beheersingsorientatie ons inziens meer machteloosheid dan externe beheersingsorientatie meet. Gemakshalve zullen we hier echter de term externe beheersingsorientatie aanhouden.

In tabel 7.4 is de relatie tussen de algemene en de gezondheidsspecifieke beheersingsorientatie weergegeven. In deze tabel maar ook in de volgende

tabellen zullen alleen de samenhangen gepresenteerd worden welke significant (p kleiner dan .05) zijn.

Het blijkt dat tussen de algemene beheersingsorientatie (gemeten in 1981) en de gezondheidsspecifieke beheersingsorientatie (gemeten in 1983) een duidelijke relatie bestaat. De beide interne schalen hangen met elkaar samen, evenals de externe schalen, terwijl de algemene interne schaal niet samenhangt met de beide gezondheidsspecifieke externe schalen, en de externe schaal niet met de gezondheidsspecifieke interne orientatie. Ondanks een tijdsinterval van twee jaar is er dus een duidelijk, hoewel niet echt sterk, verband tussen de algemene en de gezondheidsspecifieke beheersingsorientatie, hetgeen wijst op een duidelijke verwantschap tussen beide.

Tabel 7.4 Nulde-orde correlatie-coëfficiënten tussen de algemene en de gezondheidsspecifieke beheersingsorientatie ($n=710$; 1981 en 1983; alle coëfficiënten zijn significant bij p is kleiner dan .05).

	<u>IHLC</u>	<u>PHLC</u>	<u>CHLC</u>
interne orientatie (1981)	.22	-	-
externe orientatie (1981)	-	.29	.34

7.2.2 GEZONDHEIDS- EN ZIEKTE-OPVATTINGEN

Behalve via de gezondheidsspecifieke beheersingsorientatie is ook op andere wijzen gevraagd naar de mate waarin men de eigen gezondheid kan beïnvloeden. Zo is aan de respondenten gevraagd aan de hand van een lijst van 8 personen en instanties aan te geven wie volgens hen de meeste invloed heeft op hun gezondheid, en wie vervolgens etc. Zodoende is voor elke persoon of instantie een rangorde verkregen van 8 (meeste invloed) tot 1 (minste invloed). Van deze lijst personen en instanties zijn de rangorde die men zichzelf en de arts heeft toegekend gebruikt. Uit tabel 7.5 blijkt dat een interne en een niet-arts-orientatie samengaat met zichzelf de meeste invloed toekennen. Het omgekeerde geldt voor de relatie met de arts de meeste invloed toekennen. Met name is er een duidelijke relatie met de arts-orientatie. Degenen die van mening zijn dat ze zelf de meeste invloed hebben zijn minder arts-georiënteerd, terwijl het omgekeerde geldt voor degenen die van mening zijn dat de arts de meeste invloed heeft.

Verder is aan de respondenten gevraagd in welke mate men de eigen gezondheid denkt te kunnen beïnvloeden. Uit tabel 7.5 blijkt dat het antwoord op deze vraag sterker met de interne- en de kans-orientatie samenhangt dan het antwoord op de vraag wie de meeste invloed heeft. Dit is te verklaren door het feit dat met de interne orientatie de mate van invloed gemeten wordt en niet of men van mening is dat men zelf de meeste invloed kan uitoefenen. Een persoon kan van mening zijn dat hijzelf veel invloed heeft op de eigen gezondheid, maar dit impliceert niet dat hij ook vindt dat hij de meeste invloed heeft.

Degenen die zich meer verantwoordelijk voelen voor de eigen gezondheid lijken ook meer intern georiënteerd te zijn. Geen relatie is er echter tussen het zich verantwoordelijk voelen en de arts-orientatie. Degenen die de arts veel invloed toekennen voelen zich dus niet minder verantwoordelijk voor de eigen gezondheid dan degenen die de arts weinig invloed toekennen. Wel voelen de kans-georiënteerden zich iets minder verantwoordelijk.

Op basis van een aantal uitspraken, welke in 1981 aan de respondenten zijn voorgelegd, zijn een tweetal schalen geconstrueerd (zie bijlage 4), te weten acepsis t.a.v. de medische wetenschap en vertrouwen in de medische wetenschap.

De mate waarin men sceptisch staat ten opzichte van de medische wetenschap blijkt enigszins negatief samen te hangen met de artsorientatie. De mate waarin men vertrouwen heeft in de medische wetenschap hangt daarentegen positief samen met de arts-orientatie. Degenen die de arts veel invloed toekennen wat hun eigen gezondheid betreft, hebben dus meer vertrouwen in de medische wetenschap. Het vertrouwen hebben in de medische wetenschap is echter nauwelijks gerelateerd aan de interne- en de kans-orientatie.

Tabel 7.5 Nulde-orde correlatie-coëfficiënten tussen de beheersingsorientatie en gezondheidsopvattingen (n=710; 1981 en 1983; alle coëfficiënten zijn significant bij p kleiner dan .05).

	<u>IHLIC</u>	<u>PHLC</u>	<u>CHLC</u>
meeste invloed zelf	.11	-.20	-.08
meeste invloed arts	-.10	.32	.08
mate van invloed (zelf)	.22	-.14	-.20
mate v. verantwoordelijkheid	.20	-	-.08
scepsis medische wetenschap	-	-.08	-
vertrouwen in medische weten.	-	.32	.14

Samenvattend kunnen we zeggen dat de relaties tussen de beheersingsorientatie en de gezondheidsopvattingen alle wijzen in de richting van een voldoende construct validiteit van de beheersingsorientatie. Deze relaties zijn echter niet sterk, hetgeen ten dele te wijten kan zijn aan het heterogene karakter van de steekproef.

7.3 DEMOGRAFISCHE KENMERKEN EN SUBJECTIEVE GEZONDHEIDSTOESTAND

Een belangrijk punt bij de bestudering van de beheersingsorientatie is de vraag of de gezondheidspecifieke beheersingsorientatie samenhangt met de demografische kenmerken en de gezondheidstoestand van de respondent (vraagstelling 1). In de volgende twee paragrafen wordt dit nader onderzocht.

7.3.1 DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

Als demografische kenmerken van de respondenten zijn gebruikt sexe, leeftijd, sociaal-economische status en burgerlijke staat (zie tabel 7.6). Uit tabel 7.6 blijkt dat sexe, leeftijd en sociaal-economische status gerelateerd zijn aan de beheersingsorientatie. Mannen en jongeren zijn iets meer intern georiënteerd, terwijl ouderen en personen met een lagere sociaal-economische status meer arts- en kans-georiënteerd zijn. Opgemerkt moet worden dat de invloed van sexe duidelijk minder is dan de invloed van sociaal-economische status.

Dat de beheersingsorientatie, in tegenstelling tot hetgeen Wallston en Wallston (1981) meldden, hier wel gerelateerd is aan enkele demografische kenmerken, moet waarschijnlijk geheel worden toegeschreven aan het gebruik van een heterogenere onderzoekspopulatie dan gebruikelijk is bij onderzoek omtrent de beheersingsorientatie.

De steekproef is niet evenredig verdeeld naar de genoemde kenmerken. Om te voorkomen dat deze kenmerken een vertekend beeld geven van de samenhangen tussen de beheersingsorientatie en de andere kenmerken, zal op deze kenmerken gecontroleerd worden. Voor de IHLC zal dus gecontroleerd worden op sexe en leeftijd, terwijl voor de PHLC en de CHLC gecontroleerd zal worden op leeftijd en sociaal-economische status.

7.3.2 DE SUBJECTIEVE GEZONDHEIDSTOESTAND

In hoofdstuk 4 hebben we geconcludeerd dat personen met een slechtere gezondheidstoestand over het algemeen meer extern en minder intern-georien-

teerd zijn. Om na te gaan of deze relatie ook met de door ons gebruikte lijst gevonden wordt, zijn in tabel 7.7 de samenhangen tussen de drie indicatoren voor de subjectieve gezondheidstoestand en de beheersingsorientatie weergegeven. Uit deze tabel blijkt dat alleen en in beperkte mate de arts-orientatie samenhangt met de subjectieve gezondheidstoestand. Arts-georiënteerden voelen zich iets minder gezond dan niet-arts-georiënteerden.

Tabel 7.6 De beheersingsorientatie gerelateerd aan enkele demografische gegevens (gemiddelde scores en bij leeftijd correlatie coëfficiënten; n=710; 1983).

	<u>IHLC</u>	<u>PHLC</u>	<u>CHLC</u>
<hr/>			
<u>sexe</u>			
man	22.9*	19.6	19.3
vrouw	21.9	19.2	19.7
F-waarde	(9.47)	(1.06)	(.78)
<u>soc.ec. klasse</u>			
laag	22.8	20.8**	20.4**
midden	22.0	18.5	19.0
hoog	22.0	17.9	18.5
F-waarde	(2.64)	(26.15)**	(10.08)**
<u>burgerlijke staat</u>			
gehuwd, samenwonend	22.3	19.4	19.4
niet (meer) gehuwd	22.9	19.2	20.0
F-waarde	(1.73)	(.05)	(1.06)
<u>leeftijd</u>	-.14**	.26**	.17**
<hr/>			

* p kleiner dan .01

** p kleiner dan .001

Hierbij gaat het om het algemeen welbevinden. Het aantal concrete klachten dat men de week voorafgaand aan het interview heeft gehad, hangt namelijk niet met de beheersingsorientatie samen.

Tabel 7.7 Nulde-orde en partiele correlaties(1) tussen de beheersingsorientatie en de subjectieve gezondheidstoestand (n = 710, 1983; alle coëfficiënten zijn significant bij p kleiner dan .05).

	<u>IHLC</u>	<u>PHLC</u>	<u>CHLC</u>
algemene gezondheid	- (-)	-.15(-.09)	-.10(-)
klachten afgelopen week(2)	- (-)	- (-)	- (-)
Voeg	- (-)	.12(.08)	.06 (-)

(1) Partiele correlaties tussen haakjes:

- IHLC gecontroleerd op sexe en leeftijd
- PHLC en de CHLC gecontroleerd op leeftijd en sociaal-economische status

(2) n = 489

Nu zijn de door ons gebruikte gegevens feitelijk minder geschikt om de relatie tussen de beheersingsorientatie en de gezondheidstoestand te bestuderen, aangezien we eerder de respondenten met een slechte gezondheid, namelijk respondenten met een chronische aandoening, waarvoor men regelmatig de dokter bezoekt, uit het databestand verwijderd hebben.

Een vergelijking tussen deze respondenten met een chronische aandoening en de voor onze studie gebruikte respondenten, leert dat respondenten met een chronische aandoening minder intern- (resp. 20.9 versus 22.4) en meer arts-georiënteerd (resp. 22.5 versus 19.4) zijn. Dit verschil blijft ook aanwezig indien gecontroleerd wordt voor de demografische gegevens, namelijk respectievelijk 21.2 versus 22.3 voor de interne oriëntatie en 21.5 versus 19.5 voor de arts-oriëntatie. Geen verschil is er ten aanzien van de kans-oriëntatie.

Dit betekent dat, evenals in de literatuur, ook in dit onderzoek een samenhang gevonden is tussen de beheersingsorientatie en de gezondheidstoestand. Hoewel het niet geheel uitgesloten is dat arts-georiënteerden meer geneigd zijn te klagen over hun gezondheid, mag aangenomen worden dat het gevonden verband voornamelijk veroorzaakt wordt doordat de gezondheidstoestand de arts-oriëntatie beïnvloedt. Met andere woorden degenen die ziek worden, worden ook meer arts-georiënteerd.

Samenvattend kunnen we dus zeggen dat de gezondheidstoestand de gezondheidsspecifieke beheersingsorientatie beïnvloedt, en wel zodanig dat bij

een slechtere gezondheidstoestand men meer arts- en minder intern-georiënteerd raakt.

Aangezien in dit onderzoek de respondenten met een duidelijk slechtere gezondheidstoestand uit het databestand verwijderd zijn, hebben we hier wat de gezondheidstoestand betreft met een homogene steekproef te maken, zodat de beheersingsoriëntatie bij deze respondenten nauwelijks beïnvloed wordt door de gezondheidstoestand.

7.4 SAMENVATTING

In dit hoofdstuk is de operationalisatie van de gezondheidsspecifieke beheersingsoriëntatie besproken. Als meetinstrument is een vertaling van de Multi-dimensional Health Locus of Control Scale gebruikt. De drie schalen uit deze lijst bleken een redelijke tot goede interne consistentie te hebben, terwijl de interne schaal vrijwel onafhankelijk was van de beide externe schalen. De beide externe schalen bleken echter niet onafhankelijk van elkaar te zijn.

Een duidelijke samenhang werd gevonden met twee schalen die de algemene beheersingsoriëntatie meten. De beide interne schalen bleken onderling samen te hangen, evenals de externe schalen. Tussen de interne en de externe schalen bleek echter geen samenhang te bestaan.

Ook bleken de gezondheidsspecifieke beheersingsoriëntatie-schalen op een consistente wijze samen te hangen met aanverwante gezondheidsopvattingen. Mede omdat de schalen op dezelfde wijze, zoals ook in Amerikaans onderzoek, samenhangen met de gezondheidstoestand, kan geconcludeerd worden dat de gebruikte schalen voldoende betrouwbaar en valide zijn.

Tot slot is gebleken dat de beheersingsoriëntatie ook beïnvloed werd door leeftijd en sociaal-economische status en in beperktere mate door sexe.

HOOFDSTUK 8 DE BEHEERSINGSORIENTATIE BINNEN HET MODEL VAN ROTTER

In dit hoofdstuk wordt de beheersingsorientatie bestudeerd vanuit het model van Rotter. Eerder hebben we gezien dat volgens dit model de beheersingsorientatie pas invloed heeft op het uiteindelijke gedrag, als het individu de bekrachtiging die volgt op het gedrag belangrijk vindt. Dit betekent dat niet de afzonderlijke beheersingsorientaties samenhangen met het gedrag, maar dat de interacties tussen de beheersingsorientaties en de waarde van gezondheid samenhangen met het gedrag.

De richting van de interacties is voor de interne- en de arts-orientatie duidelijk. Verwacht mag worden dat intern-georiënteerden en de arts-georiënteerden die gezondheid belangrijk vinden, bepaalde activiteiten op dat gebied ondernemen. Bij de kans-orientatie is deze richting minder duidelijk. Van kansgeoriënteerden mag over het algemeen verwacht worden dat zij geen activiteiten op dat gebied ondernemen. Of dit vooral geldt voor kansgeoriënteerden die de bekrachtiging (gezondheid) belangrijk vinden of voor de kans-georiënteerden die de bekrachtiging minder belangrijk vinden, is vanuit de theorie niet aan te geven. (Wallston en Wallston, 1981).

In hoofdstuk 5 is de stelling dat de beheersingsorientatie van invloed is op het gedrag enigszins afgezwakt door te stellen dat feitelijk bedoeld wordt dat de beheersingsorientatie van invloed is op de intentie tot gedrag. Het voorgaande geldt zodoende ook voor de intentie tot gedrag.

Bij bestudering van de beheersingsorientatie vanuit het model van Rotter is zodoende onze verwachting dat vooral de interacties tussen de beheersingsorientaties en de waarde van gezondheid samenhangen met de intentie tot en met het feitelijke, gerapporteerde gedrag, namelijk dat zowel de intern- als de arts-georiënteerden die gezondheid belangrijk vinden, activiteiten ondernemen. In dit hoofdstuk zal daarom nagegaan worden of de afzonderlijke beheersingsorientaties of juist de interacties tussen de waarde van gezondheid en de beheersingsorientatie (vraagstelling 3) samenhangen met (de intentie tot) gezondheids- en ziektegedrag.

Aangezien in hoofdstuk 5 gesteld is dat de beheersingsorientatie mogelijk (ook) van invloed is op het daadwerkelijk uitvoeren van de intentie tot gedrag, zal ook nagegaan worden of de beheersingsorientatie samenhangt met de relatie tussen de intentie en het feitelijke, gerapporteerde gezondheids- en ziektegedrag (vraagstelling 5).

Alvorens we hierop ingaan, zullen we kort stilstaan bij de gebruikte analyse-methode.

8.1 DE ANALYSE-METHODE

Voor de analyses in dit hoofdstuk hebben we te maken met vier onafhankelijke variabelen, te weten de drie beheersingsorientaties en de waarde van gezondheid. Aangezien volgens het model van Rotter de interactie tussen enerzijds de beheersingsorientatie en anderzijds de waarde van de bekrachtiging van invloed is op het gedrag, komen tenminste twee analyse-technieken in aanmerking namelijk variantie-analyse en regressie-analyse (Wallston en Wallston, 1981). Bij regressie-analyse moeten de interactie-termen afzonderlijk worden ingevoerd. Echter een regressie-analyse, met zowel de oorspronkelijke variabelen als de interactietermen, levert al snel multi-collineariteit op (Lewis en Beck, 1983), aangezien de interacties meestal sterk correleren met de oorspronkelijke variabelen. In dit onderzoek bleken deze correlaties soms meer dan .70 te bedragen. Vandaar dat afgezien is van regressie-analyse en variantie- en covariantie-analyse is gebruikt. Een voordeel van variantie-analyse is dat niet alleen de interacties tussen de afzonderlijke beheersingsorientaties en de waarde van gezondheid berekend worden, maar ook interacties tussen verschillende beheersingsorientaties en de waarde van gezondheid, en tussen de beheersingsorientaties onderling. Voor deze variantie-analyses zijn de drie beheersingsorientaties en de waarde van gezondheid, met behulp van de mediaan, gedichotomiseerd. Zodoende zijn voor elke variantie-analyse 16 cellen gecreëerd.

Aangezien we in dit hoofdstuk het effect van sexe, leeftijd en sociaal-economische status willen uitschakelen, zijn deze bij een aantal afhankelijke variabelen in de variantie-analyse als covariaten ingevoerd. Alvo-rens deze zijn ingevoerd, is nagegaan of het effect van de covariaten op de afhankelijke variabele per cel wel gelijk is. Indien aan deze assumptie van homogeniteit van regressie niet wordt voldaan, mag een dergelijke covariantie-analyse niet uitgevoerd worden (Tabachnick en Fidell, 1983). Dit bleek echter slechts in één analyse het geval te zijn. Bij de beschrijving van de resultaten (paragraaf 8.3.3) zal hiervan melding worden gemaakt.

Vervolgens is per afhankelijke variabele met behulp van variantie-analyse nagegaan of, en zo ja, welke covariaten significant samenhangen met de afhankelijke variabele, nadat de beheersingsorientatie en de waarde van gezondheid zijn ingevoerd. Covarianten die niet significant samenhangen zijn in de daaropvolgende (co)variantie-analyse niet meegenomen.

In deze laatste (co)variantie-analyse zijn de vier afzonderlijke onafhankelijke variabelen, evenals alle mogelijke interacties, opgenomen. Aangezien volgens het model van Rotter met name de interacties van belang zijn, zijn deze eerst ingevoerd en vervolgens pas de afzonderlijke variabelen. Dit voorkomt tevens dat mogelijke effecten van interacties bij de afzonderlijke variabelen significante waarden opleveren.

In de volgende paragraaf zullen alleen deze laatste analyses worden ge-

presenteerd. Welke covarianten uiteindelijk gebruikt zijn, staat in de betreffende tabellen vermeld. Gepresenteerde gemiddelden of percentages zullen hierbij steeds, indien van toepassing, aangepast zijn op basis van deze covarianten.

Een laatste opmerking die hier van belang is, betreft het probleem van toevalstreffers. Aangezien voor dit deel van het onderzoek een groot aantal variantie-analyses uitgevoerd worden, mag alleen al op basis van kans verwacht worden dat er significante verbanden gevonden worden. Bij incidentele verbanden moeten we dus rekening houden met de mogelijkheid dat deze louter toevalstreffers zijn. Naarmate verbanden minder incidenteel zijn, zal dit echter minder het geval zijn.

In de volgende paragrafen worden de bevindingen van de diverse (co)variantie-analyses besproken. In de samenvattingen zal steeds een tweedeling gehanteerd worden, namelijk een meer hypothese-toetsend gedeelte omtrent onze verwachtingen op basis van het model van Rotter, en een descriptief gedeelte waarin de verbanden, welke niet voorspeld waren, beschreven worden.

8.2 ZIEKTEGEDRAG

8.2.1 INTENTIE TOT ZIEKTEGEDRAG

Zoals in paragraaf 6.4.5.1 beschreven is, zijn aan de hand van 18 specifieke klachten vier schalen samengesteld, welke de intentie tot ziektegedrag weergeven. Op elke schaal is een (co)variantie-analyse uitgevoerd, waarvan de gevonden F-waarden voor alle mogelijke (interactie)-effecten in tabel 8.1 zijn weergegeven.

Uit tabel 8.1 blijkt dat er verschillende (interactie)effecten significant zijn. Deze zullen per schaal besproken worden.

-Afwachten

Als hoofdeffect blijkt de arts-orientatie significant samen te hangen met de mate waarin men van plan is af te wachten. Arts-georiënteerden hebben minder de neiging af te wachten of de klacht vanzelf overgaat dan de niet-artsgeoriënteerden (respectievelijk bij 10.4 versus 11.6 klachten). Uit twee drieweg-interacties blijkt dat dit vooral geldt voor arts-georiënteerden die gezondheid minder belangrijk vinden en die of niet-kansgeoriënteerd (zie tabel 8.2) of intern-georiënteerd (zie tabel 8.3) zijn.

Tabel 8.1 F-waarden verkregen met behulp van (co)varian-
tie-analyses over de intentie tot ziektegedrag
(n=710; 1983).

afwachten(1) medicijn- dokter be- iets
gebruik zoekt (2) anders

I(HLC)	2.31	.88	1.38	2.87
P(HLC)	17.52***	.01	31.55***	7.84**
C(HLC)	2.17	.27	.24	4.81*
W(aarde)	2.71	.09	2.72	.01
IxP	3.27	.26	10.73***	6.55**
IxC	.63	1.80	.00	.31
IxW	.75	.19	.53	.20
PxC	.83	.17	.75	.00
PxW	.03	.31	.13	.36
CxW	.55	.92	1.27	.00
IxPxW	.35	1.67	1.22	1.11
IxPxW	4.79*	.06	9.90**	4.97*
IxCxW	5.61*	.52	3.48	.55
PxCxW	7.30**	1.20	5.45*	.59
IxPxCxW	1.15	3.99*	.70	1.04

* p kleiner dan .05

** p kleiner dan .01

*** p kleiner dan .001

(1) leeftijd als covariaat

(2) geslacht, leeftijd en sociaal-economische status als
covariaten

Tabel 8.2 Aangepast gemiddelde van aantal klachten waar-
voor men zou afwachten, verdeeld naar arts-,
kans-orientatie en waarde van gezondheid (n=710;
1983).

	CHLC	laag	laag	hoog	hoog
	PHLC	laag	hoog	laag	hoog
waarde	laag	11.4	9.4	11.4	10.8
	hoog	11.1	11.1	12.5	10.1

Tabel 8.3 Aangepast gemiddelde van aantal klachten waarvoor men zou afwachten, verdeeld naar interne-, arts-orientatie en waarde van gezondheid (n=710; 1983).

	PHLC	laag	laag	hoog	hoog
	IHLC	laag	hoog	laag	hoog
waarde	laag	11.1	11.7	10.9	9.3
	hoog	11.9	11.7	10.7	10.5

Uit tabel 8.4 blijkt verder nog dat ook intern-georiënteerden met een lage kans-oriëntatie, welke minder waarde aan gezondheid hechten, minder vaak zouden afwachten.

Tot slot blijken degenen die veel waarde hechten aan gezondheid, en gezondheid toeschrijven aan kans en niet aan de arts, iets vaker de neiging te hebben af te wachten of de klacht niet vanzelf overgaat (zie tabel 8.2).

Tabel 8.4 Aangepast gemiddelde van aantal klachten waarvoor men zou afwachten, verdeeld naar interne-, kans-oriëntatie en waarde van gezondheid (n=710; 1983).

	CHLC	laag	laag	hoog	hoog
	IHLC	laag	hoog	laag	hoog
waarde	laag	11.1	9.7	10.9	11.3
	hoog	11.1	11.2	11.5	11.1

-Medicijngebruik

Uit tabel 8.1 blijkt dat alleen de vierweg-interactie significant is. Een dergelijke interactie is, mede gezien de geringe significantie ($F=3.99$; $p=.05$) nauwelijks zinvol te interpreteren. Vandaar dat we hier verder niet op ingaan.

-Dokter bezocht

Het belangrijkste effect in deze variantie-analyse wordt veroorzaakt door de arts-orientatie. Arts-georiënteerden zijn meer geneigd bij klachten de arts te bezoeken (resp. bij 6.2 versus 4.7 klachten). Uit de tweeweg-interactie tussen de interne- en de arts-orientatie (zie tabel 8.5) blijkt verder dat dit vooral geldt voor intern-georiënteerden (resp. 6.7 versus 4.4 klachten) en minder voor de niet-intern-georiënteerden (resp. 5.7 versus 5.0 klachten). Uit de drieweg-interactie tussen de interne-, de artsorientatie en de waarde van gezondheid blijkt nog dat vooral arts-georiënteerden met een interne orientatie, welke gezondheid minder belangrijk vinden, vaker de arts zouden bezoeken, namelijk bij 7.3 klachten (zie tabel 8.5).

Tabel 8.5 Aangepast gemiddelde van aantal klachten waarvoor men de arts zou bezoeken, verdeeld naar interne-, arts-orientatie en waarde van gezondheid (n=710; 1983).

	PHLC	laag	laag	hoog	hoog
	IHLC	laag	hoog	laag	hoog
waarde	laag	5.5	4.4	5.5	7.3
	hoog	4.6	4.5	5.9	6.1
gemiddelde		5.0	4.4	5.7	6.7

Tot slot is er nog een klein significant verband met de drieweg-interactie tussen de arts-, de kans-orientatie en de waarde van gezondheid (zie tabel 8.6).

Tabel 8.6 Aangepast gemiddelde van aantal klachten, waarvoor men de arts zou bezoeken, verdeeld naar arts-, en kans-orientatie en waarde van gezondheid (n=710; 1983).

	CHLC	laag	laag	hoog	hoog
	PHLC	laag	hoog	laag	hoog
waarde	laag	4.9	7.0	5.0	5.8
	hoog	5.0	5.3	4.1	6.7

Uit deze tabel blijkt niet alleen dat arts-georiënteerden met een lage kans-oriëntatie, welke minder waarde hechten aan gezondheid, vaker de arts zouden bezoeken, maar ook dat kans-georiënteerden met een lage arts-oriëntatie en welke veel waarde hechten aan gezondheid minder vaak de arts zouden bezoeken.

-Iets anders doen

Uit tabel 8.1 blijkt dat twee hoofdeffecten significant zijn. Kans-georiënteerden zijn minder van plan andere activiteiten te ondernemen (resp. .07 versus .10), evenals arts-georiënteerden (resp. .07 versus .10 klachten ($\logaritme \times + 1$)). Uit de tweeweg-interactie met de interne oriëntatie blijkt dat vooral de niet-arts-georiënteerden met een hoge interne oriëntatie vaker andere activiteiten ondernemen, hetgeen nog duidelijker naar voren komt bij diegenen die ook gezondheid minder belangrijk vinden (zie tabel 8.7).

Tabel 8.7 Aangepast gemiddelde van aantal klachten (logaritme) waarvoor men andere activiteiten zou ondernemen, verdeeld naar interne-, arts-oriëntatie en waarde van gezondheid (n=710; 1983).

	PHLC	laag	laag	hoog	hoog
	IHLC	laag	hoog	laag	hoog
waarde laag		.06	.16	.08	.05
hoog		.09	.12	.06	.07
gemiddelde		.07	.14	.07	.06

Allereerst moeten we wat het ziektegedrag betreft concluderen dat geen van de verwachte interacties tussen de beheersingsoriëntatie en de waarde van gezondheid in de voorspelde richting samenhangen met de intentie tot ziektegedrag. Er zijn wel interacties tussen de beheersingsoriëntatie en de waarde van gezondheid significant, maar in tegenstelling tot hetgeen vanuit het model van Rotter verwacht mocht worden, zijn het niet degenen die gezondheid belangrijk vinden, maar juist degenen die gezondheid minder belangrijk vinden, die vaker van plan zijn activiteiten te ondernemen. Zij zouden vaker de arts bezoeken en andere activiteiten ondernemen. Dit wijst op een consumptieve houding. Gezondheid vinden zij minder belangrijk, en als ze klachten hebben moet de arts dit maar verhelpen. Verder blijkt vooral een afzonderlijke beheersingsoriëntatie, namelijk de

arts-orientatie, samen te hangen met de intentie tot ziektegedrag. Arts-georiënteerden zijn vaker van plan naar de dokter te gaan - met name de arts-georiënteerden die ook intern-georiënteerd zijn -, en zij zijn zodoende minder vaak van plan af te wachten of andere activiteiten te ondernemen. Verder blijken kans-georiënteerden ook iets minder vaak van plan te zijn andere activiteiten te ondernemen, terwijl intern-georiënteerden die niet-arts-georiënteerd zijn wel vaker van plan zijn andere activiteiten te ondernemen.

8.2.2 GERAPPORTEERD ZIEKTEGEDRAG

Zoals in paragraaf 6.3.4.2 beschreven is, zijn de respondenten, die in de week voorafgaand aan het interview klachten hebben gehad, volgens een bepaalde formule verdeeld over vijf ziektegedragingen, te weten "afwachten", "niet voorgeschreven medicijnen gebruiken", "voorgeschreven medicijnen gebruiken", "dokter bezoeken" en "iets anders gedaan". Vervolgens is van deze categorieën elk een afzonderlijke variabele gemaakt, zodat deze als afhankelijke variabelen ingevoerd konden worden in de variantie- en covariantie-analyses.

Alvorens in te gaan op deze analyses, een opmerking vooraf.

De gerapporteerde gedragingen hebben hier betrekking op werkelijke klachten hetgeen bij de intentie tot ziektegedrag niet het geval is. Deze klachten verschillen uiteraard per respondent. Aangezien de aard en de duur van de klacht ziektegedrag-indicerend kunnen zijn is het feitelijk niet juist respondenten met verschillende klachten samen te voegen. Verschillen kunnen dan niet alleen toegeschreven worden aan verschillen in beheersingsorientatie, maar ook aan verschillen in klachten. Een betere methode zou zijn, de analyses te beperken tot respondenten met dezelfde, veel voorkomende klacht. Voor dit onderzoek zou de klacht hoofdpijn bruikbaar zijn, aangezien 66 respondenten dit als hoofdklacht genoemd hebben. Verdere analyse met deze respondenten leert echter dat de variantie bij sommige afhankelijke variabelen, zoals doktersbezoek, dermate gering is, dat de regressie-coëfficiënt per groep niet meer homogeen is. Covariantie-analyse over deze respondenten kan daarom niet meer worden toegepast. Afzonderlijke analyses voor bijvoorbeeld mannen en vrouwen zijn bij een dergelijk aantal respondenten en de geringe variantie, echter weinig zinvol.

Vandaar dat de analyses toch over alle respondenten met klachten zijn uitgevoerd. Wel zijn de ernst en de duur van de klacht (zie paragraaf 6.3.2) als covariaten in de analyses betrokken. Bij de interpretatie moet rekening gehouden worden met het feit dat deze correctie niet echt nauwkeurig is. Alvorens de analyses zijn uitgevoerd, is allereerst nagegaan of respondenten met ernstige en minder ernstige klachten (mediaan-splitting), evenals respondenten met langdurende en kortdurende klachten (me-

diaan-splitsing), na controle op sexe, leeftijd en sociaal-economische status, op de vier onafhankelijke variabelen verschilden. Dit bleek niet het geval.

Van de uiteindelijk uitgevoerde (co)variantie-analyses, na de paralleltoets en de significantietoets van de covariaten, zijn in tabel 8.8 de F-waarde weergegeven. Opgemerkt kan worden dat de gevonden F-waarden be-
duidend lager zijn dan bij de intentie tot ziektegedrag. Per ziektegedrag zal nader ingegaan worden op de bevindingen van deze (co)variantie-analyses.

Tabel 8.8 F-waarden verkregen met behulp van (co)variantie-analyses over de vijf ziektegedragingen (n=253; 1983).

	afwach- ten (1)	niet-voor- geschreven medicijnen (2)	voorge- schreven medicij- nen	dokter be- zoekt (1)	iets an- ders (3)
I (HLC)	.73	.01	.25	3.79	2.56
P (HLC)	1.55	.00	.30	.23	.12
C (HLC)	.17	.39	.37	.92	.01
W(aarde)	.73	1.74	.72	3.61	4.56*
I x P	.06	4.57*	.01	1.18	.01
I x C	.53	.44	.02	.58	.63
I x W	1.21	1.97	.51	.22	.35
P x C	.42	.13	.00	.19	.32
P x W	2.43	.02	.15	.30	.33
C x W	.06	.18	2.04	.06	.38
I x P x C	5.75*	1.31	.64	2.12	.05
I x P x W	1.78	.78	.07	.02	.99
I x C x W	.03	.22	.71	.00	.40
P x C x W	2.66	.01	.53	2.00	.03
I x P x C x W	4.40*	1.44	.15	.60	.26

* p kleiner dan .05

(1) duur van de klacht en sociaal-economische status als co-
variaten

(2) ernst en duur als covariaten

(3) duur van de klacht als covariaat

-Afwachten

Uit tabel 8.8 blijkt dat er geen significante samenhangen zijn met de afzonderlijke onafhankelijke variabelen. Wel is er een interactie-effect tussen de drie beheersingsoriëntatie-schalen en een interactie-effect tussen de vier onafhankelijke variabelen significant bevonden.

Tabel 8.9 Aangepaste percentages respondenten die afgewacht hebben, verdeeld naar de beheersingsoriëntatie (n=250; 1983).

	PHLC	laag	laag	hoog	hoog
	IHLC	laag	hoog	laag	hoog
CHLC	laag	32	47	37	21
	hoog	39	39	24	47

Uit tabel 8.9 blijkt dat degenen die alleen intern-georiënteerd zijn en degenen die op alle drie de oriëntaties hoog scoren, vaker afgewacht hebben met hun klacht. Degenen die zowel intern- als arts-georiënteerd zijn, evenals degenen die arts- en kans-georiënteerd zijn (dus de extern-georiënteerden) blijken minder vaak afgewacht te hebben.

Interpretatie van de vierweg-interactie zullen we, mede gezien de lage F-waarde, achterwege laten, aangezien dit weinig zinvol is.

-Medicijnen

Uit tabel 8.8 blijkt dat er een klein verband is tussen enerzijds het gebruik van niet-voorgeschreven medicijnen en anderzijds de interactie tussen de interne- en de arts-oriëntatie. In tabel 8.10 is dit verband weer gegeven. Hieruit blijkt dat intern-georiënteerden met een niet-arts-oriëntatie evenals arts-georiënteerden met een niet-interne oriëntatie relatief iets minder vaak alleen niet-voorgeschreven medicijnen hebben gebruikt.

Het gebruik van voorgeschreven medicijnen blijkt echter in het geheel niet samen te hangen met de vier onafhankelijke variabelen en de interacties daartussen.

-Doktersbezoek

Hoewel geen variabelen significant samenhangen met het doktersbezoek, is er wel een tendens dat intern-georiënteerden de dokter minder bezochten ($F=3.79$; $p=.05$; 23% versus 34%). Hetzelfde geldt voor degenen die de gezondheid belangrijk vinden ($F=3.61$; $p=.06$; 23% versus 33%).

Uit de variantie-analyse blijkt verder dat vooral de duur van de klacht van invloed is op het al of niet naar de dokter gaan (Beta = .43).

Tabel 8.10 Aangepaste percentages respondent^{en} die niet-voorgeschreven medicijnen hebben gebruikt, verdeeld naar de interne- en de arts-orientatie (n=250; 1983).

	IHLC	laag	hoog
PHLC	laag	15	7
	hoog	5	15

-Iets anders doen

Uit tabel 8.8 blijkt dat de waarde die men hecht aan de gezondheid enigszins samenhangt met het al of niet ondernemen van andere activiteiten, zoals extra rust nemen. Degenen die meer waarde aan gezondheid hechten ondernemen iets vaker andere activiteiten (25% versus 14%).

Samenvattend kunnen we allereerst opmerken dat geen van de voorspelde interacties tussen de beheersingsorientaties en de waarde van gezondheid significant samenhangen met het gerapporteerde ziektegedrag, met uitzondering van de vierweg-interactie. Vanwege de lage F-waarde is afgezien van een interpretatie van deze interactie. Ook hier worden dus onze verwachtingen op basis van het model van Rotter niet bevestigd.

Verder zijn de gevonden verbanden zwakker dan bij de intentie tot ziektegedrag. Ten dele is dit te verklaren doordat de beheersingsorientatie en de waarde van gezondheid op eenzelfde, algemeen niveau zijn gemeten als de intentie tot ziektegedrag, terwijl het gerapporteerde ziektegedrag op een specifiek^{er} niveau gemeten is.

Wat de resultaten uit het descriptief gedeelte betreft blijkt dat de waarde van gezondheid als afzonderlijke variabele samenhangt met het gerapporteerde ziektegedrag. Degenen die veel waarde hechten aan hun gezondheid hebben vaker andere activiteiten ondernomen voor hun klacht, terwijl er ook een tendens is dat zij minder de arts bezochten.

Wat de beheersingsorientaties betreft, blijkt dat intern-georiënteerden iets vaker afgewacht hebben, terwijl er een tendens is dat zij iets minder vaak naar de dokter zijn geweest. Intern-georiënteerden die ook arts-georiënteerd zijn, en de extern-georiënteerden hebben iets minder vaak afgewacht. Over het geheel genomen moeten we echter concluderen dat de analyses uit deze paragraaf minder duidelijke verbanden hebben opgeleverd. Niet alleen het verschil in niveau tussen de afhankelijke en de onafhankelijke variabelen zal hierbij van belang zijn geweest, maar ook het feit dat de gebruikte opzet minder nauwkeurig is. Mede omdat bij ziekte

vooral de klacht zelf van invloed is op hetgeen men onderneemt, en persoonlijkheidskenmerken zoals de beheersingsorientatie, slechts een beperkte rol spelen bij de keuze van het ziektegedrag, is een nauwkeurige opzet van belang. Om de in de inleiding genoemde reden was dit echter niet mogelijk.

Een andere mogelijkheid is, waarop in de volgende paragraaf nader zal worden teruggekomen, dat de beheersingsorientatie niet alleen van invloed is op de intentie maar ook op de relatie tussen de intentie en het gedrag. Het is niet uitgesloten dat het effect van de beheersingsorientatie op de relatie intentie en gedrag, het effect op de intentie te niet doet.

8.2.3 OVEREENSTEMMING TUSSEN INTENTIE EN GERAPPORTEERDE ZIEKTEGEDRAG

In hoofdstuk 5 is opgemerkt dat de beheersingsorientatie mogelijk van invloed is op de relatie tussen de intentie en het feitelijke gedrag. In deze paragraaf willen we op deze relatie ingaan wat het ziektegedrag betreft. Hierbij moet echter wel rekening gehouden worden met het genoemde verschil in niveau tussen de intentie en het gerapporteerde gedrag in dit onderzoek. De intentie is immers niet gemeten als de intentie van een individu in een bepaalde situatie met een specifieke klacht, maar als een algemene intentie tot ziektegedrag.

Ondanks dit niveau-verschil blijft het interessant na te gaan of en zo ja hoe de beheersingsorientatie de samenhang tussen de intentie en het gedrag beïnvloedt. In deze analyses is het medicijngebruik niet betrokken. In tabel 8.11 zijn de partiele correlaties voor de verschillende subgroepen weergegeven. De subgroepen zijn hierbij steeds samengesteld op basis van de waarde van gezondheid en één beheersingsorientatie-schaal. Het totale aantal respondenten is dus steeds gesplitst in 4 subgroepen, bijvoorbeeld in hoog intern en hoog waarde, hoog intern en laag waarde, laag intern en hoog waarde, en laag intern en laag waarde.

- Afwachten

Uit tabel 8.11 blijkt dat vooral de interne orientatie van belang is voor de samenhang tussen de intentie en het gedrag, tenminste voor wat "het afwachten" betreft. Bij intern-georiënteerden is de samenhang tussen beide beduidend sterker, zeker voor degenen die ook gezondheid belangrijk vinden. Toch blijkt voor degenen die gezondheid belangrijk vinden het verschil in grootte van de correlatie-coëfficiënten tussen de intern- en de niet-intern-georiënteerden niet significant ($z = 1.54$). Verder is er nog een verschil tussen arts-georiënteerden die gezondheid belangrijk vinden en die gezondheid minder belangrijk vinden. Ook dit verschil is echter niet significant ($z = 1.62$).

Tabel 8.11 Partiele correlaties (1) tussen de intentie tot en het gerapporteerde ziektegedrag (tussen haakjes het aantal personen; 1983).

ziektegedrag	<u>afwachten</u>		<u>dokter bezoeken</u>		<u>iets anders</u>	
	hoog	laag	hoog	laag	hoog	laag
IHLC+	.45**(46)	.33**(73)	-.04(46)	.06 (73)	.33* (46)	.02(73)
IHLC-	.15 (45)	.12 (79)	-.21(45)	.04 (79)	.33* (45)	.18(79)
PHLC+	.41**(40)	.11 (78)	-.21(40)	-.22*(78)	.21 (40)	.16(78)
PHLC-	.28* (51)	.31**(74)	.04(51)	.27*(74)	.43*** (51)	.03(74)
CHLC+	.45**(36)	.23* (75)	.09(36)	.02 (75)	.27 (36)	.04(75)
CHLC-	.27**(55)	.26* (77)	-.12(55)	.03 (77)	.38** (55)	.14(77)
Totaal	.32**(91)	.20 (152)	-.10(91)	.00(152)	.31** (91)	.09(152)

(1) Gecontroleerd voor sexe, leeftijd, sociaal-economische status, en ernst en duur van de klacht.

- * p kleiner dan .05
- ** p kleiner dan .01
- *** p kleiner dan .001

-De dokter bezocht

Uit tabel 8.11 blijkt dat het al of niet naar de dokter gaan nauwelijks samenhangt met de intentie daartoe. Situationele factoren, zoals de klacht zelf, zullen hierbij een veel belangrijkere rol spelen. Enige betekenis kan de arts-orientatie hierbij hebben. Bij de arts-georiënteerden is er een negatieve samenhang tussen de intentie en het gedrag. Dit blijkt voornamelijk veroorzaakt te worden doordat arts-georiënteerden die minder vaak de intentie hebben de arts te bezoeken, relatief vaker de arts bezoeken dan de andere respondenten. Het verschil tussen arts-georiënteerden en de niet-arts-georiënteerden die gezondheid minder belangrijk vinden is significant ($z = 3.02$).

-Iets anders doen

Wat de relatie intentie en gedrag bij het ziektegedrag "iets anders doen" betreft, valt met name de rol van de waarde van gezondheid op. Bij degenen die gezondheid belangrijk vinden is deze relatie beduidend sterker dan bij degenen die gezondheid minder belangrijk vinden (zie tabel 8.11; laatste rij), hetgeen echter geen significant verschil oplevert ($z = 1.71$). Dit verschil is iets groter bij de niet-arts-georiënteerden ($z = 2.30$).

Samenvattend kunnen we zeggen dat de relatie tussen de intentie en het gerapporteerde ziektegedrag varieert al naar gelang het betreffende ziektegedrag. Met name bij het naar de dokter gaan is er nauwelijks een relatie tussen de intentie en het gedrag. Waarschijnlijk speelt hierbij een rol dat gebruik gemaakt is van een algemene maat voor de intentie.

De relatie intentie-gedrag varieert echter ook naar gelang de beheersingsoriëntatie, hoewel dit in de meeste gevallen niet significant is. De overeenkomst tussen de intentie tot en het feitelijk naar de dokter gaan is groter bij de niet-arts-georiënteerden die gezondheid minder belangrijk vinden dan bij de arts-georiënteerden. De overeenkomst met betrekking tot andere activiteiten ondernemen, blijkt bij de niet-arts-georiënteerden die gezondheid belangrijk vinden, hoger te zijn dan bij de niet-arts-georiënteerden die gezondheid minder belangrijk vinden. Verder is er een duidelijke tendens dat de relatie tussen de intentie tot en het feitelijk afwachten bij intern-georiënteerden sterker is dan bij niet-intern-georiënteerden.

Tot slot is er een tendens dat de waarde die men hecht aan gezondheid relevant is voor de overeenkomst tussen de intentie en het feitelijke gedrag. Bij degenen die gezondheid belangrijk vinden is de overeenkomst tussen de intentie tot en 'iets anders doen' groter dan bij degenen die gezondheid minder belangrijk vinden.

8.2.4 SAMENVATTING

Wat de intentie tot en het gerapporteerde ziektegedrag betreft kunnen we concluderen dat de op basis van het model van Rotter verwachte verbanden niet zijn aangetroffen. De interactie tussen de beheersingsoriëntatie en de waarde van gezondheid bleek wel samen te hangen met de intentie tot ziektegedrag, maar in tegengestelde richting. Juist degenen die gezondheid minder belangrijk vinden, zijn vaker van plan activiteiten te ondernemen. Verder bleken de afzonderlijke beheersingsoriëntaties, al of niet in onderlinge interactie, samen te hangen met de intentie tot en het gerapporteerde ziektegedrag, terwijl bij het gerapporteerde gedrag ook de afzonderlijke waarde van gezondheid samenhang met het ondernemen van andere activiteiten.

Ook bij de samenhang tussen de intentie tot en het feitelijk gedrag is de interactie tussen de beheersingsorientatie en de waarde van gezondheid nauwelijks aanwezig. Wel is er een tendens dat bij degenen die veel waarde hechten aan gezondheid deze samenhang hoger is voor het ondernemen van andere activiteiten. Dit geldt vooral voor de niet-arts-georiënteerden. Verder blijkt dat bij niet-arts-georiënteerden die gezondheid minder belangrijk vinden de samenhang tussen intentie en feitelijk gedrag ten aanzien van het bezoeken van de arts groter is dan bij arts-georiënteerden. Bij arts-georiënteerden is deze samenhang zelfs negatief.

8.3 GEZONDHEIDSGEDRAG

8.3.1 ALGEMENE LEEFWIJZE

Zoals in hoofdstuk 6 reeds is beschreven, is het niet mogelijk gebleken een algemene maat voor gezondheidsgedrag samen te stellen. Wat de algemene leefwijze betreft moeten we ons dan ook tevreden stellen met twee indicatoren, namelijk de eigen beoordeling van de respondenten, en de mate waarin men bewust is van de eigen leefwijze. In tabel 8.12 zijn de betreffende F-waarden weergegeven.

-Beoordeling eigen leefwijze

Uit tabel 8.12 blijkt dat twee hoofdeffecten gerelateerd zijn aan de mate waarin men de eigen leefwijze gezond vindt, namelijk de kans-orientatie en de waarde van gezondheid.

Kans-georiënteerden beoordelen de eigen leefwijze als gezonder (5.6 versus 5.4) evenals degenen die gezondheid minder belangrijk vinden (5.6 versus 5.5). Verder blijkt uit de drieweg-interactie (zie tabel 8.13) dat met name kans-georiënteerden die ook een hoge arts-orientatie hebben én gezondheid minder belangrijk vinden, hun leefwijze gezond vinden, terwijl de niet-kans-georiënteerden, die niet-arts-georiënteerd zijn, maar gezondheid belangrijk vinden hun leefwijze minder gezond vinden.

-Bewust zijn eigen leefwijze

Twee onafhankelijke variabelen hangen met de mate van bewust zijn samen, namelijk de interne- en de arts-orientatie. Intern-georiënteerden evenals niet-artsgeoriënteerden, blijken meer zaken te kunnen aangeven die gezond of ongezond zijn aan hun leefwijze (resp. 4.8 versus 4.1, en 4.7 versus 4.2).

Uit tabel 8.14 blijkt dat van de respondenten die gezondheid belangrijk vinden, de intern-georiënteerden die niet-kans-georiënteerd zijn meer ten aanzien van gezondheid relevant geachte zaken kunnen aangeven dan de niet-intern-georiënteerden, die kans-georiënteerd zijn.

Tabel 8.12 F-waarden verkregen m.b.v. covariantie-analyse over de algemene leefwijze (n=710; 1981, 1983).

	beoordeling leefwijze (1)	bewust zijn leefwijze (2)
I(HLC)	.36	6.48*
P(HLC)	1.65	5.61*
C(HLC)	6.02*	2.86
W(aarde)	3.86*	.49
IxP	.05	1.18
IxC	.04	.05
IxW	.76	.27
PxC	1.11	.94
PxW	.03	1.29
CxW	.02	1.97
IxPxC	.61	.18
IxPxW	.32	1.27
IxCxW	.01	5.81*
PxCxW	6.03*	.04
IxPxCxW	2.69	1.27

* p kleiner dan .05

(1) sexe en leeftijd als covariaten (1983)

(2) sexe en sociaal-economische status als covariaten (1981)

Tabel 8.13 Aangepaste gemiddelde beoordeling van de eigen leefwijze (n=710; 1981)

	CHLC	laag	laag	hoog	hoog
	PHLC	laag	hoog	laag	hoog
waarde	laag	5.6	5.5	5.6	5.8
	hoog	5.3	5.4	5.6	5.6

Verder blijken ook de niet-intern-georiënteerden die niet-kans-georiënteerd zijn en weinig waarde hechten aan gezondheid, relatief weinig van dergelijke zaken te kunnen aangeven.

Tabel 8.14 Aangepaste gemiddelde zaken die gezond of ongezond zijn volgens de respondenten (n=710; 1981).

	CHLC	laag	laag	hoog	hoog
	IHLC	laag	hoog	laag	hoog
waarde	laag	3.8	4.9	4.4	4.3
	hoog	4.8	5.1	3.4	4.8

Samenvattend kunnen we zeggen dat er een verband in de voorspelde richting gevonden is, namelijk dat intern-georiënteerden die gezondheid belangrijk vinden, meer zaken omtrent hun leefwijze kunnen aangeven dan de andere respondenten.

Verder is gebleken dat kans-georiënteerden evenals degenen die gezondheid minder belangrijk vinden, hun leefwijze als gezonder beoordelen. Aangezien kans-georiënteerden die gezondheid minder belangrijk vinden, minder gezondheidsrelevante zaken weten aan te geven omtrent hun leefwijze, dan intern- en niet-artsgeoriënteerden, betwijfelen we of kans-georiënteerden daadwerkelijk gezonder leven.

8.3.2 ROOKGEWOONTES

Wat de rookgewoontes betreft blijkt uit tabel 8.15 dat er vrijwel geen significante verbanden zijn. Geen enkele interactie blijkt significant samen te hangen met de rookgewoontes. Alleen de kans-oriëntatie is gerelateerd aan zowel het al of niet roken, als aan het al of niet vroeger gerookt hebben. Kans-georiënteerden roken iets vaker dan niet-kans-georiënteerden, namelijk 54% versus 45% en als ze niet roken blijken ze vaker nooit gerookt te hebben, namelijk 57% versus 45%.

Aangezien uit tabel 8.15 ook blijkt dat kans-georiënteerden niet minder vaak een poging doen om te stoppen met roken, kunnen we uit het voorgaande afleiden dat bij kans-georiënteerden pogingen om te stoppen met roken vaker mislukken dan bij de niet-kans-georiënteerden.

Tabel 8.15 F-waarden verkregen met behulp van (co)variantieanalyses over de rookgewoontes.

	roken(1) (n=710)	vroeger ge- rookt (2) (n=359)	aantal si- garetten (3) (n=322)	getracht te stoppen (n=351)
<hr/>				
I(HLC)	2.56	1.44	1.52	.03
P(HLC)	3.29	2.08	1.58	.30
C(HLC)	6.17*	5.00*	2.92	1.32
W(aarde)	.01	.03	.64	.00
IxP	.34	.71	.45	.32
IxC	2.46	.28	.04	.62
IxW	2.42	2.34	.07	.12
PxC	.21	1.77	.30	.64
PxW	.26	.00	.01	.16
CxW	.37	.58	.07	.44
IxPxC	.02	.42	.00	.40
IxPxW	.81	.09	.46	.56
IxCxW	1.54	2.85	.00	2.77
PxCxW	.84	.03	.00	.67
IxPxCxW	.03	2.64	.11	.36

* p kleiner dan .05

(1) sexe en leeftijd als covariaten

(2) sexe als covariaat

(3) sexe en sociaal-economische status als covariaten

Dit blijkt duidelijk uit tabel 8.16, waar de aangepaste percentages berekend zijn voor de ex-rokers en degenen die trachten te stoppen met roken. 50% van de niet-kans-georiënteerden is het gelukt te stoppen met roken, terwijl dat percentage bij de kans-georiënteerden slechts 38% bedraagt. Met andere woorden de samenhang tussen de intentie en het feitelijk volbrengen van het stop-gedrag is bij kans-georiënteerden minder sterk dan bij de niet-kansgeoriënteerden.

Tabel 8.16 Aangepaste percentages respondenten met een geslaagde en/of mislukte poging te stoppen met roken, verdeeld naar de kans-orientatie (1983).

CHLC	laag (n=213)	hoog (n=173)
geslaagde poging	50	38
mislukte poging	50	62
Totaal	100	100

Opgemerkt moet worden dat de vergelijking die we maken wellicht niet helemaal correct is, aangezien voor de ex-rokers de geslaagde poging tot stoppen vele jaren geleden plaats gevonden kan hebben, terwijl aan de rokers alleen over het afgelopen jaar gevraagd is naar stoppogingen. Rokers die al vaker getracht hebben te stoppen en nu gedesillusioneerd geen poging meer ondernemen, zullen buiten de bovengenoemde groep vallen. Het is echter onwaarschijnlijk dat dit de bovengenoemde resultaten teniet zou doen. Eerder mag aangenomen worden dat dit het effect zou versterken.

8.3.3 ALCOHOLGEBRUIK

Evenals voor de voorgaande variantie- en covariantie-analyses, is voor de analyses over het alcoholgebruik eerst de toets voor homogene regressies uitgevoerd. In tegenstelling tot de voorgaande analyses bleek deze voor de afhankelijke variabele "al of niet wel eens alcohol gebruiken" significant. Deze toets bleek echter niet significant als hij werd uitgevoerd voor mannen en vrouwen afzonderlijk. Vandaar dat de covariantie-analyse over deze afhankelijke variabelen voor mannen en vrouwen afzonderlijk is uitgevoerd (zie tabel 8.17).

Tabel 8.17 F-waarden verkregen m.b.v. (co)variantie-analyses over het alcoholgebruik (1983).

	alcoholge- bruikers	vroege(2) alcohol gedronken	getracht te stop- pen	frequen- tie(3)	aantal(4) glazen per keer	
	man- nen	vrou- wen(1)				
	(n=336)	(n=374)	(n=129)	(n=590)	(n=590)	(n=521)
I(HLC)	.16	.00	.78	1.08	.82	3.09
P(HLC)	.01	.67	2.91	3.44	1.52	1.26
C(HLC)	1.37	2.58	.01	6.30*	.02	.10
W(aarde)	.15	5.47*	.72	3.52	.31	.07
IxP	3.69	2.80	6.69*	2.00	1.73	3.50
IxC	.80	.16	6.79*	2.35	.12	3.41
IxW	.44	.00	2.79	.02	3.69	3.44
PxC	.33	1.59	.17	1.76	.33	1.21
PxW	.42	.67	.17	1.83	.00	.25
CxW	.57	3.67	1.47	.02	.98	.46
IxPx	.95	.03	1.03	3.68	.90	.05
IxPxW	.63	.01	.01	.06	.40	.02
IxCxW	.12	1.10	.24	.03	.28	.76
PxCxW	.96	.15	.20	3.43	1.81	.07
IxPxCxW	.10	.00	.49	.29	1.25	2.31

* p kleiner dan .05

(1) leeftijd als covariaat

(2) sexe als covariaat

(3) sexe en sociaal-economische status als covariaten

(4) sexe, leeftijd en sociaal-economische status als covariaten

Uit tabel 8.17 blijkt dat bij mannen de beheersingsorientatie niet significant samenhangt met het al of niet wel eens alcoholhoudende drank drinken. Het interactie-effect tussen de interne- en de arts-orientatie is niet significant, volgens de door ons gehanteerde norm van p kleiner dan .05, maar wel vernoemenswaardig. Arts-georiënteerden met een interne

orientatie drinken iets minder dan arts-georiënteerden met een niet-interne-orientatie (resp. 89% versus 95%).

Bij vrouwen hangt vooral de waarde die men hecht aan gezondheid samen met het al of niet drinken. Vrouwen die gezondheid belangrijker vinden drinken vaker dan vrouwen die gezondheid minder belangrijk vinden (resp. 81% versus 71%). Met name vrouwen die kans-georiënteerd zijn en gezondheid minder belangrijk vinden, drinken minder vaak (63%).

Of degenen die tegenwoordig geen alcohol drinken, vroeger wel of niet alcohol dronken, hangt samen met twee interacties, te weten de interactie tussen de interne- en de arts-orientatie en de interactie tussen de interne- en de kans-orientatie (zie tabel 8.18).

Tabel 8.18 Aangepaste percentages ex-alcohol-gebruikers
(n=120; 1983).

8.18a

	<u>PHLC</u>	<u>laag</u>	<u>hoog</u>
<hr/>			
IHLC	laag	25	63
	hoog	37	18
<hr/>			

8.18b

	<u>CHLC</u>	<u>laag</u>	<u>hoog</u>
<hr/>			
IHLC	laag	42	30
	hoog	21	51
<hr/>			

Uit tabel 8.18a en b blijkt dat vooral de intern-georiënteerden met een arts-orientatie of met een niet-kans-orientatie minder vaak gestopt zijn met het drinken van alcohol. Zij hebben dus vaker nooit alcohol gedronken. Arts-georiënteerden met een niet-interne-orientatie zijn daarentegen wel vaker gestopt. Hetzelfde, maar in mindere mate, geldt voor de kans-georiënteerden met een interne-orientatie. Zij hebben vaker een geslaagde stoppoging gedaan.

Wat de mislukte stoppogingen betreft blijkt uit tabel 8.17 dat met name de kans-orientatie hierbij van belang is. Kans-georiënteerden hebben in het afgelopen jaar vaker een mislukte poging gedaan om definitief te stoppen met drinken (6% versus 1%). Of dit betekent dat bij kans-georien-

teerden de stoppogingen vaker mislukken, of dat zij meer stoppogingen ondernemen valt uit deze gegevens niet af te leiden. Vandaar dat een nieuwe covariantie-analyse is uitgevoerd met uitsluitend degenen die gestopt zijn en degenen die een mislukte poging daartoe hebben gedaan ($n=67$). Wat de laatste groep betreft geldt dezelfde opmerking als bij roken, namelijk dat dit alleen degenen zijn die het afgelopen jaar een poging tot stoppen ondernomen hebben. Deze analyse leverde twee significante verbanden op, namelijk voor de arts-orientatie ($F=5.47$; p kleiner dan .05) en de drieweg-interactie tussen de arts- en kans-orientatie en de waarde van gezondheid ($F = 5.85$; p kleiner dan .05). Van degenen die een stoppoging ondernomen hebben, blijken arts-georiënteerden minder vaak een geslaagde poging gedaan te hebben (53% versus 78%). Uit de drieweg-interactie is verder nog af te leiden dat vooral bij degenen die extern-georiënteerd zijn en gezondheid belangrijk vinden minder personen erin slagen te stoppen met drinken, namelijk 28%, in tegenstelling tot degenen die niet-extern-georiënteerd zijn (81%).

Uit deze gegevens wordt duidelijk dat niet zozeer de kans- maar veeleer de arts-orientatie van belang is voor het wel of niet slagen van een stoppoging. Overigens wordt dat niet veroorzaakt doordat de arts-orientatie voor de kans-orientatie in de covariantie-analyse is opgenomen. Om-draaiing van beide orientaties leverde hetzelfde effect op. Zodoende kunnen we stellen dat vooral bij arts-georiënteerden de relatie tussen de intentie- en het gedrag minder sterk is. Met name als zij ook kans-georiënteerd zijn en gezondheid belangrijk vinden. Deze relatie is daarentegen sterker bij degenen die niet-extern-georiënteerd zijn en gezondheid minder belangrijk vinden.

Tot slot is nog bij degenen die wel eens drinken nagegaan of de beheersingsorientatie gerelateerd is aan het aantal dagen per week dat men alcohol drinkt en het aantal glazen dat men per jaar drinkt. Geen van de effecten zijn echter significant.

Samenvattend kunnen we zeggen dat het op basis van het model van Rotter verwachte interactie-effect tussen de beheersingsorientatie en de waarde van gezondheid alleen gevonden is bij het al of niet slagen van een stoppoging. Niet-extern-georiënteerden die gezondheid belangrijk vinden ondernemen meer geslaagde pogingen.

In het descriptieve gedeelte van de analyses bleek dat de afzonderlijke beheersingsorientaties nauwelijks differentiëren tussen degenen die wel eens alcohol drinken en degenen die dat nooit doen. Wel blijken er meer vrouwen die gezondheid belangrijk vinden alcohol te drinken. Aangezien we geen enkele verklaring kunnen geven voor dit verband, veronderstellen we dat dit één van de verbanden is die opgevat moeten worden als toevalstreffer. De afzonderlijke beheersingsorientaties hangen wel enigszins samen met het stoppen van alcohol drinken. Van degenen die geen alcohol drinken blijken vooral de arts-georiënteerden met een lage interne orientatie en de intern-georiënteerden met een lage kans-orientatie vroeger

alcohol gedronken te hebben, terwijl van degenen die nu alcohol drinken vooral de kans-georiënteerden wel eens een mislukte stoppoging gedaan hebben. Van degenen die wel eens een stoppoging gedaan hebben, blijken vooral de arts-georiënteerden minder vaak een geslaagde poging gedaan te hebben.

Geen verschil was er ten aanzien van de frequentie en het aantal glazen per keer.

8.3.4 LICHAAMSBEWEGING

In tabel 8.19 zijn de gevonden F-waarden voor lichaamsbeweging weergegeven. Uit deze tabel blijkt dat geen significante samenhangen gevonden zijn voor het wel of niet iets aan lichaamsbeweging doen en het al of niet vroeger iets aan lichaamsbeweging gedaan hebben. Met andere woorden de beheersingsoriëntatie differentieert niet tussen degenen die nu iets aan lichaamsbeweging doen, degenen die vroeger iets aan beweging gedaan hebben en degenen die nooit iets aan beweging gedaan hebben.

Wel blijkt bij degenen die nu iets aan lichaamsbeweging doen, het aantal uren dat men hieraan besteedt samen te hangen met de kans-oriëntatie. Kans-georiënteerden besteden meer uren per week aan lichaamsbeweging dan de niet-kans-georiënteerden (.57 versus .62 (logaritme $(x + 1)$)).

Verder blijkt uit tabel 8.19 dat de mate waarin men van plan is geweest om meer aan lichaamsbeweging te doen samenhangt met enkele interacties. Uit deze interacties komt naar voren dat vooral intern-georiënteerden met een niet-kans-oriëntatie vaker van plan zijn geweest om meer tijd aan lichaamsbeweging te gaan besteden (1.8 versus 1.6). Uit de drieweg-interactie blijkt dat dit vooral geldt voor degenen die naast een interne- en een niet-kans-oriëntatie, ook arts-georiënteerd zijn (1.8 versus 1.7 voor de niet-arts-georiënteerden), terwijl degenen die arts-georiënteerd zijn en niet-intern- en niet-kans-georiënteerd, dus de pure arts-georiënteerden, het minst vaak van plan zijn geweest om meer aan lichaamsbeweging te gaan doen (1.4). Verder blijken ook intern-georiënteerden welke gezondheid belangrijk vinden vaker van plan geweest te zijn om meer tijd aan lichaamsbeweging te gaan besteden (1.8 versus 1.6), terwijl uit de drieweg-interactie blijkt dat dit vooral geldt voor de intern-georiënteerden die niet alleen gezondheid belangrijk vinden maar ook niet-arts-georiënteerd zijn (1.8 versus 1.7 voor de arts-georiënteerden). Degenen die zowel arts- als intern-georiënteerd zijn, maar gezondheid niet belangrijk vinden blijken het minst vaak van plan geweest te zijn meer aan lichaamsbeweging te gaan doen (1.4).

Tabel 8.19: F-waarden verkregen m.b.v. (co)variantie-analyses over lichaamsbeweging (1983).

	niet/wel lichaams- beweging(1)	vroeger lichaams- beweging(2)	aantal uren(3)	plan meer lichaamsbe- weging(1)
I(HLC)	.55	1.23	1.00	1.69
P(HLC)	.61	.01	1.44	.44
C(HLC)	.01	.44	4.26*	1.98
W(aarde)	.26	.45	.04	1.96
IxP	.67	.47	1.94	.70
IxC	.38	.26	.43	6.78**
IxW	2.05	.43	.87	4.30*
PxC	.06	2.45	.08	2.12
PxW	.65	.18	1.14	1.12
CxW	.44	.10	1.02	.98
IxPxC	1.36	.02	.26	4.81*
IxPxW	.01	1.20	.05	4.55*
IxCxW	.94	.18	2.16	.00
PxCxW	3.62	.24	.12	1.62
IxPxCxW	.12	.03	.64	1.61

* p kleiner dan .05

** p kleiner dan .01

(1) sociaal-economische status en leeftijd als covariaten

(2) sexe en leeftijd als covariaten

(3) sexe als covariaat

Samenvattend kunnen we zeggen dat bij de intentie tot lichaamsbeweging de interactie tussen de beheersingsorientatie en de waarde van gezondheid overeenkomt met de op basis van het model van Rotter verwachte interactie. Intern-georiënteerden die gezondheid belangrijk vinden blijken vaker van plan te zijn geweest meer tijd aan lichaamsbeweging te besteden. Bij de andere afhankelijke variabelen zijn geen van de verwachte interacties significant.

In het descriptieve gedeelte blijkt nog dat kans-georiënteerden meer tijd aan lichaamsbeweging besteden, terwijl ook intern-georiënteerden met een lage kans-orientatie vaker van plan zijn geweest meer tijd aan lichaams-

beweging te besteden. Aangezien onbekend is of zij ook daadwerkelijk meer tijd aan lichaamsbeweging zijn gaan besteden, kan hier niets gezegd worden over de relatie intentie-gedrag.

8.4 SAMENVATTING EN CONCLUSIE

In dit hoofdstuk is de beheersingsorientatie bestudeerd vanuit het model van Rotter. Volgens dit model mag verwacht worden dat vooral de interactie tussen de beheersingsorientatie en de waarde van gezondheid samenhangt met (de intentie tot) ziekte- en gezondheidsgedrag, en wel zodanig dat intern- en arts-georiënteerden, welke gezondheid belangrijk vinden, meer activiteiten ondernemen voor hun gezondheid. In vrijwel geen van de analyses is een dergelijk verband aangetroffen. De waarde van gezondheid bleek soms wel, in interactie met de beheersingsorientatie, samen te hangen met het gedrag, maar veelal tegengesteld aan de verwachte richting. Wel bleken in een aantal gevallen de afzonderlijke beheersingsorientaties, al of niet in onderlinge interactie, en de afzonderlijke waarde van gezondheid, samen te hangen met (de intentie tot) ziekte- en gezondheids-gedrag.

Als belangrijkste bevindingen, na correctie op sexe, leeftijd, sociaal-economische status en de gezondheidstoestand, kunnen worden genoemd:

- Arts-georiënteerden zijn minder vaak van plan bij klachten omtrent hun gezondheid af te wachten, maar juist vaker van plan de dokter te raadplegen. Aangezien bij arts-georiënteerden er een negatieve overeenkomst is tussen de intentie tot en het feitelijk bezoeken van de dokter, vinden we dit niet terug bij het feitelijke ziektegedrag.
- Degenen die gezondheid belangrijk vinden blijken meer andere activiteiten dan de arts bezoeken of medicijnen gebruiken ondernomen te hebben bij klachten, dan degenen die gezondheid minder belangrijk vinden. Bij degenen die gezondheid belangrijk vinden lijkt de overeenkomst tussen de intentie tot en het feitelijk ondernemen van andere activiteiten ook groter dan bij degenen die gezondheid minder belangrijk vinden.
- Kans-georiënteerden roken vaker, en ondernemen vaker een mislukte stop-poging, dan de niet-kans-georiënteerden.
- Van degenen die wel eens een poging ondernomen hebben om definitief te stoppen met het drinken van alcohol, blijken vooral de arts-georiënteerden minder vaak een geslaagde poging te doen.
- Kans-georiënteerden besteden meer tijd aan lichaamsbeweging.

Uit het voorgaande is tevens af te leiden dat de beheersingsorientatie van invloed is op de relatie intentie-gedrag. Vooral bij extern-georiënteerden blijkt deze relatie zwakker te zijn. Zo blijkt deze relatie negatief te zijn bij arts-georiënteerden wat het al of niet bezoeken van de arts betreft, en blijken arts-georiënteerden minder vaak een geslaagde poging te ondernemen om te stoppen met alcohol drinken. Hetzelfde geldt voor kans-georiënteerden wat het stoppen met roken betreft.

Tot slot komt in dit hoofdstuk duidelijk naar voren dat de interacties tussen de beheersingsorientaties onderling vaak relevante informatie opleveren. Zo bleken vooral de arts-georiënteerden die ook intern-georiënteerd zijn, meer van plan te zijn de arts te raadplegen, terwijl de intern-georiënteerden die niet-arts-georiënteerd zijn, meer geneigd waren andere activiteiten te ondernemen. Op basis van de door ons verrichte analyses is echter moeilijk te achterhalen of er een consistent patroon in deze interacties zit. Andere analyses, zoals een vergelijking tussen alle mogelijke groepen (8) die op basis van de drie schalen te construeren zijn, kunnen hier meer inzicht in geven.

HOOFDSTUK 9 DE BEHEERSINGSORIENTATIE BINNEN HET MODEL VAN FISHBEIN EN AJZEN

In het voorgaande hoofdstuk hebben we de directe relatie behandeld tussen de beheersingsorientatie en de intentie tot gedrag en de beheersingsorientatie en het gerapporteerde gedrag. Verder is de invloed van de beheersingsorientatie op de relatie intentie en gedrag aan de orde geweest. Nu zijn we toegekomen aan de vraag of de beheersingsorientatie van invloed is op de wijze waarop de intentie tot stand komt. Deze vraag zal uitgewerkt worden aan de hand van het model van Fishbein en Ajzen voor zowel het rookgedrag als het alcoholgebruik.

In hoofdstuk 5 is gesteld dat de beheersingsorientatie mogelijk van invloed is op de mate waarin de attitude en de subjectieve norm (de gepercipieerde mening van anderen) de intentie beïnvloeden. In dit hoofdstuk zullen we hierop ingaan. Verwacht wordt dat intern-georiënteerden hun intentie meer baseren op de attitudes dan niet-intern-georiënteerden, en dat arts-georiënteerden hun intentie meer baseren op de subjectieve norm dan niet-arts-georiënteerden.

9.1 ROOKGEDRAG

9.1.1 HET MODEL

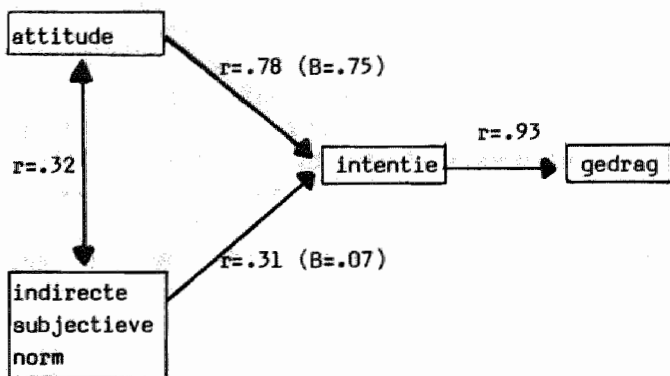
In paragraaf 6.3.6 is reeds beschreven op welke wijze de attitude, de subjectieve norm en de intentie gemeten is. Aangegeven is dat niet de directe maar de indirecte subjectieve norm gebruikt zal worden.

In tabel 9.1 zijn de onderlinge relaties tussen de betreffende variabelen weergegeven.

Aangezien verwacht mag worden dat de attitudes en subjectieve norm gedeeltelijk dezelfde variantie verklaren is een regressie-analyse uitgevoerd met de intentie als afhankelijke variabele. Hieruit blijkt dat de indirecte subjectieve norm weinig extra's bijdraagt aan de verklaring van de intentie (zie figuur 9.1; $R^2 = .61$). De attitude verklaart reeds een groot deel van de variantie ($R^2 = .60$).

In figuur 9.1 is tevens de relatie tussen de intentie en het feitelijke rookgedrag (niet-wel roken) weergegeven. Uit deze relatie blijkt dat de intentie en het gedrag vrijwel identiek zijn. Elders (Halfens e.a., 1984) is reeds beschreven dat het rookgedrag over een periode van 2 jaar erg stabiel is ($\kappa = .80$).

Over een periode van 1 maand - de periode waarover de intentie gaat - zal de stabiliteit nog groter zijn, zodat de hoge samenhang tussen de intentie en het gedrag een reële weergave vormt van deze samenhang.



Figuur 9.1 Nulde-orde correlaties en Beta-coëfficiënten tussen de attitude, de indirecte subjectieve norm, de intentie en het gerapporteerde rookgedrag (n = 710; 1983, alle coëfficiënten: p is kleiner dan .01)

9.1.2 DE BEHEERSINGSORIENTATIE BINNEN HET MODEL

Behalve dat de beheersingsorientatie van invloed kan zijn op de mate waarin de attitude en de subjectieve norm met de intentie samenhangen, kan de beheersingsorientatie ook van invloed zijn op de attitude en de subjectieve norm zelf, en daardoor de intentie beïnvloeden. Dit is allereerst nagegaan (zie tabel 9.1).

Uit tabel 9.1 blijkt dat er een geringe samenhang is tussen de variabelen. Kans-georiënteerden blijken een iets positievere attitude en subjectieve norm ten aanzien van roken te hebben, hetgeen ook in de intentie tot uitdrukking komt. Arts-georiënteerden hebben alleen een iets hogere intentie tot roken.

Hieruit kunnen we concluderen dat de beheersingsorientatie nauwelijks de attitude en de subjectieve norm, en dus de intentie, beïnvloedt. De indirecte subjectieve norm is onder anderen samengesteld op basis van de veronderstelde mening van de arts. Juist van arts-georiënteerden zou men mogen verwachten dat deze zich meer aantrekken van de mening van de arts. Aangezien de arts-orientatie niet samenhangt met de indirecte subjectieve norm is ook de relatie tussen de arts-orientatie en de mate waarin men de

mening van de arts relevant vindt, berekend. Hieruit blijkt dat arts-georiënteerden zich inderdaad meer aantrekken van de mening van de arts (partiele correlatie is .17). Echter, aangezien de mate waarin men arts-georiënteerd is nauwelijks verschillen laat zien omtrent de mate waarin men denkt dat de arts positief staat ten opzichte van roken (partiele correlatie is -.07), is het uiteindelijk effect van de arts-oriëntatie op de indirecte subjectieve norm met betrekking tot de arts gering (partiele correlatie: -.09).

Tabel 9.1 Nulde-orde en partiele correlaties (1) voor de samenhangen van de beheersingsoriëntatie met de intentie, de attitude en de subjectieve norm ten aanzien van roken (n = 710; 1983).

	<u>IHLC</u>	<u>PHLC</u>	<u>CHLC</u>
intentie	.03(-.01)	.04(.08*)	.05 (.09**)
attitude	.01(-.01)	.03(.02)	.08*(.06*)
indirecte subjectieve norm	.03(.01)	-.04(-.04)	.08*(.09**)

(1) Partiele correlaties tussen haakjes:

- IHLC gecontroleerd voor leeftijd en sexe
- PHLC en CHLC gecontroleerd voor leeftijd en sociaal-economische status

* p kleiner dan .05

** p kleiner dan .01

Vervolgens is nagegaan of de beheersingsoriëntatie van invloed is op de mate waarin de attitude en de subjectieve norm met de intentie samenhangen.

Hiervoor zijn de respondenten met behulp van de mediaan gesplitst in hoog- (+) en laagscorders (-) op de drie beheersingsoriëntaties, en vervolgens is per groep een regressie-analyse uitgevoerd met de intentie als afhankelijk en de attitude en de indirecte subjectieve norm als onafhankelijke variabelen.

Uit tabel 9.2 blijkt dat er geen echte grote verschillen te zien zijn tussen de hoog- en laagscorders. Toch is er wel een duidelijke tendens

waarneembaar. Bij de arts-georiënteerden draagt de subjectieve norm ertoe bij de intentie te verklaren en is de Beta-coëfficiënt hoger dan bij de niet-arts-georiënteerden. Dit verschil is echter niet significant ($Z = .92$). Aangezien het niet uitgesloten is dat het gevonden verschil tussen arts- en niet-arts-georiënteerden vooral veroorzaakt wordt omdat de arts als relevante persoon is opgenomen in de subjectieve norm, is de analyse nogmaals uitgevoerd voor de arts- en de niet-arts-georiënteerden, maar nu zonder de arts als relevante persoon in de subjectieve norm. Deze bewerking levert nauwelijks verschillen op. Alleen de Beta voor de indirecte subjectieve norm daalt bij de niet-arts-georiënteerden tot .02. Bij de arts-georiënteerden blijft deze Beta .11, zodat geconcludeerd mag worden dat het gevonden verschil niet veroorzaakt wordt doordat de arts als relevante persoon is opgenomen in de subjectieve norm.

Tabel 9.2 Beta-coëfficiënten en partiele correlaties(1) voor de relaties van de attitude en de indirecte subjectieve norm onderling en met de intentie ten aanzien van roken ($n = 710$; 1983).

	B attitude x intentie	B indirecte subjectieve norm x intentie	r attitude x indirecte subjectieve norm	R ²
IHLC+	.73***(.76***)	.06 (.31***)	(.32***)	.58***
IHLC-	.76***(.79***)	.07* (.34***)	(.32***)	.63***
PHLC+	.75***(.79***)	.11**(.38***)	(.33***)	.64***
PHLC-	.75***(.77***)	.04 (.28***)	(.30***)	.61***
CHLC+	.74***(.77***)	.07* (.32***)	(.31***)	.62***
CHLC-	.76***(.78***)	.06 (.32***)	(.32***)	.63***

(1) Partiele correlaties tussen haakjes:

- IHLC gecontroleerd voor leeftijd en sexe
- PHLC en CHLC gecontroleerd voor leeftijd en sociaal-economische status

* p kleiner dan .05

** p kleiner dan .01

*** p kleiner dan .001

Een probleem bij de voorgaande analyses vormt het feit dat de attitudes en de subjectieve norm onderling samenhangen (zie tabel 9.2). Daar de intentie het sterkst samenhangt met de attitude, wordt het effect van de subjectieve norm voor een deel door de attitude uitgepartialiseerd, zodat het uiteindelijke effect van de subjectieve norm gering lijkt. De vraag is of dit juist is. Mede omdat het rookgedrag een stabiel gegeven is, mag aangenomen worden dat de samenhang tussen de attitude en de subjectieve norm vooral veroorzaakt wordt, doordat de attitude meer in overeenstemming gebracht is met het gedrag. De andere mogelijkheid, dus dat bijvoorbeeld niet-rokers hun partner en vrienden onder de niet-rokers kiezen, komt uiteraard ook voor, maar aangenomen mag worden dat dit effect minder sterk is. Voor collega's en de arts lijkt dit bijvoorbeeld minder realiseerbaar.

Dit betekent dat het geringe effect van de subjectieve norm waarschijnlijk een te lage schatting is. Dit probleem is juist relevant bij degenen die hun intentie (of gedrag) in eerste instantie baseerden op de subjectieve norm. De gevonden tendens dat arts-georiënteerden hun intentie meer op de subjectieve norm baseren dan de niet-arts-georiënteerden, is dan ook in werkelijkheid waarschijnlijk sterker.

Samenvattend kunnen we uit het voorgaande concluderen dat, wat het roken betreft, er een tendens is dat de mate waarin de attitude en de subjectieve norm gerelateerd zijn aan de intentie, beïnvloed wordt door de beheersingsorientatie. Arts-georiënteerden lijken hun intentie meer op de mening van anderen te baseren dan de niet-arts-georiënteerden.

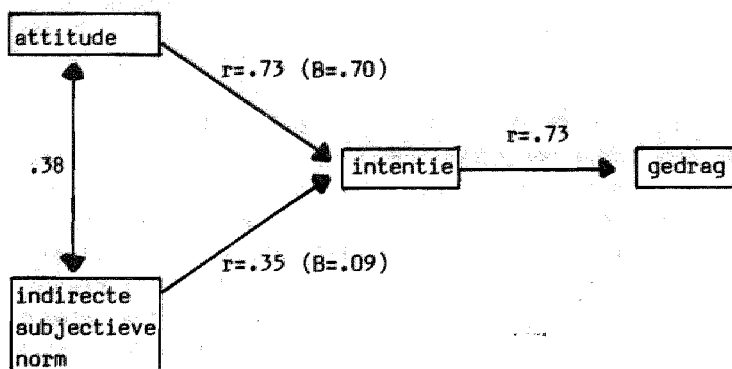
9.2 ALCOHOLGEBRUIK

9.2.1 HET MODEL

In figuur 9.2 zijn de samenhangen tussen de attitude, de subjectieve norm en de intentie ten aanzien van alcoholgebruik weergegeven.

Uit de nulde-orde correlaties blijkt dat de attitude sterk en de subjectieve norm redelijk samenhangt met de intentie. Uit de regressie-analyse met intentie als afhankelijke variabele blijkt echter dat ook bij het alcohol drinken de subjectieve norm, naast de attitude, weinig extra's bijdraagt aan de verklaring van de intentie (zie fig. 9.2; $R^2 = .54$). De attitude alleen verklaart reeds 54% van de variantie.

Verder blijkt uit figuur 9.2 dat de intentie en het feitelijke gedrag minder sterk met elkaar samenhangen, dan bij het roken het geval was.



Figuur 9.2 Nulde-orde correlaties en Beta-coëfficiënten tussen de attitude, de indirecte subjectieve norm, de intentie en het gerapporteerde drankgebruik (n = 481; 1983; alle coëfficiënten: p is kleiner dan .01).

Aangezien hierbij het gedrag gedefinieerd is als het al of niet wel eens alcohol drinken, is het aannemelijk dat niet alle respondenten, die zeggen wel eens alcohol te gebruiken, ook van plan zijn de komende maand alcohol te drinken.

9.2.2 DE BEHEERSINGSORIENTATIE BINNEN HET MODEL

Allereerst is nagegaan of de beheersingsorientatie samenhangt met de attitude, de subjectieve norm en de intentie. Uit tabel 9.3 blijkt dat, na controle op leeftijd en sociaal-economische status, alleen de attitude samenhangt met de beheersingsorientatie. Nadere analyse leert dat dit verband voornamelijk veroorzaakt wordt doordat laagscorders positiever ten opzichte van alcohol drinken staan dan de overige respondenten. Laagscorders kunnen opgevat worden als machtelozen, aangezien zij geen of weinig beheersing toeschrijven aan zowel zichzelf als aan externe factoren. Uit de gevonden relatie kan dan worden opgemaakt dat machtelozen positiever staan ten opzichte van drankgebruik.

Tabel 9.3 Nulde-orde en partiele correlaties(1) tussen de beheersingsorientatie en de intentie, de attitude en de indirecte subjectieve norm ten aanzien van alcohol drinken (n = 481; 1983).

	<u>IHLC</u>	<u>PHLC</u>	<u>CHLC</u>
intentie	.00(-.05)	-.12** (-.07)	-.07 (-.04)
attitude	-.07(-.10*)	-.18***(-.14**)	-.12**(-.10*)
indirecte subjectieve norm	-.04(-.06)	-.11** (-.07)	.01 (.04)

(1) Partiele correlaties tussen haakjes:

- IHLC gecontroleerd voor leeftijd en geslacht
- PHLC gecontroleerd voor leeftijd en sociaal-economische status

* p kleiner dan .05

** p kleiner dan .01

*** p kleiner dan .001

Evenals bij roken is bij de indirecte subjectieve norm het effect van de arts als relevante persoon nagegaan. Ook hier blijken arts-georiënteerden meer belang te hechten aan de mening van de arts (partiele correlatie is .16), terwijl de arts-georiënteerden iets meer dan de niet-arts-georiënteerden, van mening zijn dat de arts het alcohol drinken negatief beoordeelt (partiele correlatie is -.12). De uiteindelijke relatie tussen de arts-orientatie en de indirecte subjectieve norm met betrekking tot de arts is echter geringer (-.09).

Uit het voorgaande kunnen we dus concluderen dat er alleen wat betreft de attitude een relatie met de beheersingsorientatie is gevonden. Machtelozen staan iets positiever ten opzichte van drankgebruik.

Vervolgens is op identieke wijze als voor het roken nagegaan of de mate waarin de attitude en de subjectieve norm samenhangen met de intentie door de beheersingsorientatie wordt beïnvloed (zie tabel 9.4).

Tabel 9.4 Beta-coëfficiënten en partiele correlaties(1) voor de relaties van de attitude en de indirecte subjectieve norm onderling en met de intentie ten aanzien van alcohol drinken (n = 481; 1983).

	attitude x intentie	indirecte subjectieve norm x intentie	attitude x indirecte subjectieve norm	R ²
IHLC+	.68***(.69***)	.05 (.32***)	(.41***)	.50***
IHLC-	.69***(.75***)	.13**(.39***)	(.37***)	.60***
PHLC+	.66***(.71***)	.13**(.39***)	(.39***)	.52***
PHLC-	.74***(.75***)	.02 (.29***)	(.36***)	.58***
CHLC+	.71***(.72***)	.04 (.30***)	(.37***)	.53***
CHLC-	.69***(.74***)	.12* (.41***)	(.42***)	.55***

(1) Partiele correlaties tussen haakjes:

- PHLC gecontroleerd voor leeftijd en geslacht
- PHLC gecontroleerd voor leeftijd en sociaal-economische status

* p kleiner dan .05

** p kleiner dan .01

*** p kleiner dan .001

De gegevens uit tabel 9.4 wijzen in dezelfde richting als bij het roken. De attitude vormt steeds de belangrijkste verklarende factor voor de intentie, terwijl bij de niet-intern-georiënteerden en de arts-georiënteerden, de indirecte subjectieve norm ook bijdraagt aan de verklaring van de intentie. De arts-georiënteerden en de niet-intern-georiënteerden baseren hun intentie dus mede op de mening van voor hun belangrijke anderen. Het verschil in Beta-coëfficiënten voor de subjectieve norm bij de arts- en de niet-arts-georiënteerden, evenals bij de intern- en niet-intern-georiënteerden, blijkt echter niet significant te zijn (Z = resp. 1.18 en .90).

Wat de kans-georiënteerden betreft, blijkt de relatie omgekeerd te zijn als bij het roken. Hier blijken juist de niet-kans-georiënteerden hun in-

tentie mede te baseren op de mening van anderen. Aangezien bij de arts-orientatie wel de hoogscoorders hun intentie mede op basis van de mening van anderen bepalen, en de arts-orientatie en de kans-orientatie, zoals we eerder zagen, onderling samenhangen, zijn de analyses nogmaals uitgevoerd, maar nu voor vier afzonderlijke groepen, welke samengesteld zijn op basis van én de arts-orientatie én de kans-orientatie.

In tabel 9.5 zijn de betreffende Beta-coëfficiënten en partiele correlaties weergegeven.

Tabel 9.5 Beta-coëfficiënten en partiele correlaties(1) voor de relaties van de attitude en de indirecte subjectieve norm onderling en met de intentie ten aanzien van alcohol drinken (1983).

	attitude x intentie	indirecte subjectieve norm x intentie	attitude x indirecte subjectieve norm	R ²	n
PHLC+ CHLC+	.66***(.69***)	.08 (.34***)	(.39***)	.48***	140
PHLC+ CHLC-	.66***(.74***)	.18*(.47***)	(.43***)	.58***	92
PHLC- CHLC+	.75***(.78***)	-.00 (.24***)	(.32***)	.62***	87
PHLC- CHLC-	.70***(.72***)	.06 (.35***)	(.42***)	.52***	140

(1) Partiele correlaties tussen haakjes (gecontroleerd voor leeftijd en sociaal-economische status)

* p kleiner dan .05

** p kleiner dan .01

*** p kleiner dan .001

Uit deze tabel blijkt dat vooral de interactie tussen de arts- en de kans-orientatie van belang is. Door deze interactie worden in feite twee pure externe groepen samengesteld, namelijk de kans-georiënteerden, die niet-arts-georiënteerd zijn (CHLC+, PHLC-) en de arts-georiënteerden, die niet kans-georiënteerd zijn (PHLC+, CHLC-). Nu blijkt uit tabel 9.5 dat bij de kans-georiënteerden de subjectieve norm niet van belang is voor de intentie, terwijl deze wel relevant is bij de pure arts-georiënteerden. Met andere woorden, degenen die van mening zijn dat vooral anderen - in dit geval de arts - hun gezondheid kunnen beheersen, bepalen hun intentie

tot het al of niet gebruiken van alcohol ook meer op basis van de mening van anderen. Het verschil tussen beide Beta-coëfficiënten bereikt ook hier echter niet het significantie-niveau ($Z = 1.23$). Evenals bij roken is deze analyse nogmaals verricht, maar nu zonder de subjectieve norm met betrekking tot de arts. Ook nu vinden we vrijwel dezelfde resultaten. De Beta voor de subjectieve norm is bij de pure arts-georiënteerden .16 en bij de pure kans-georiënteerden .02. Rekening houdend met de opmerkingen die reeds bij het roken gemaakt zijn, mag verwacht worden dat de gevonden verschillen in werkelijkheid groter zijn.

Samenvattend kunnen we zeggen dat ook bij het alcoholgebruik er een tendens is dat de mate waarin de attitude en de subjectieve norm gerelateerd zijn aan de intentie varieert al naar gelang de beheersingsorientatie. Met name de echte arts-georiënteerden lijken hun intentie meer op de subjectieve norm te baseren dan de niet-arts-georiënteerden.

9.3 SAMENVATTING EN CONCLUSIE

In dit hoofdstuk is het model van Fishbein en Ajzen besproken voor het roken en voor het drinken van alcohol. Gebleken is dat voor beide gedragingen geldt dat de intentie het sterkst samenhangt met de attitude, terwijl de relatie tussen de attitude en de intentie nauwelijks varieert naar gelang de beheersingsorientatie. Hoewel de subjectieve norm, naast de attitude, weinig extra bijdraagt in de verklaring van de intentie, is er wel een tendens dat de bijdrage van de subjectieve norm varieert naar de beheersingsorientatie. Bij arts-georiënteerden bleek de subjectieve norm, naast de attitude, nog extra bij te dragen aan de verklaring van de intentie, hetgeen niet veroorzaakt wordt doordat een van de relevante personen waarop de subjectieve norm gebaseerd is, de arts is. Bij de intentie tot alcohol drinken bleek verder dat de extra bijdrage van de subjectieve norm vooral gold voor de pure arts-georiënteerden, dus de arts-georiënteerden die niet-kans-georiënteerd zijn. De verschillen tussen de groepen bleken echter niet significant zodat feitelijk niet geconcludeerd mag worden dat arts-georiënteerden hun intentie meer baseren op de subjectieve norm dan de niet-arts-georiënteerden.

Aangezien voor beide intenties geldt dat deze nauw samenhangen met het feitelijk gedrag en deze gedragingen over het algemeen vrij stabiel zijn, mag verwacht worden dat in de loop der tijd de attitude aangepast is aan het gedrag, waardoor een sterkere relatie gevonden is tussen de attitude en de intentie, dan feitelijk bij de aanvang van het gedrag aanwezig was. Dit betekent dat de mogelijke invloed van de subjectieve norm en het verschil daartussen bij de arts- en de niet-arts-georiënteerden, wellicht sterker is dan uit onze gegevens naar voren komt.

Concluderend kunnen we dus zeggen dat er aanwijzingen zijn dat de arts-

orientatie invloed heeft op de wijze waarop de intentie tot stand komt. Arts-georiënteerden lijken hun intentie meer op de subjectieve norm te baseren dan niet-arts-georiënteerden.

HOOFDSTUK 10 DISCUSSIE

10.1 SAMENVATTING VAN DE RESULTATEN

In dit onderzoek is op verschillende wijzen nagegaan of de beheersings-orientatie relevant is voor ziekte- en gezondheidsgedrag. Hiervoor is een gezondheidspecifieke beheersingsorientatie-lijst gebruikt, gericht op het meten van een drietal beheersingsorientaties, waaruit de beheersings-orientatie blijkt de literatuur bestaat, namelijk een interne-, een arts- en een kans-orientatie. Factor-analyse op de totale lijst leverde inderdaad deze driedeling op, terwijl uit interne betrouwbaarheids-analyses bleek dat de drie schalen, gebaseerd op deze driedeling, een redelijk tot goede interne consistentie bezitten. De construct validiteit van de drie schalen bleek redelijk. Zo werd er een duidelijk en consistent verband gevonden met een algemene, niet-gezondheidspecifieke, beheersings-orientatie, ondanks het feit dat tussen de meting van de algemene en de gezondheidspecifieke beheersingsorientatie een tijdsperiode van 2 jaar lag. Verder bleken de drie gezondheidspecifieke orientaties redelijk samen te hangen met andere, nauw verwante, gezondheidsopvattingen, terwijl de beheersingsorientatie, geheel in overeenstemming met de literatuurgegevens, samen bleek te hangen met de gezondheidstoestand. Degenen met een slechte gezondheidstoestand bleken meer arts- en minder intern-georiënteerd te zijn dan degenen met een goede gezondheidstoestand.

Het merendeel van de eerder verrichte studies is uitgevoerd bij homogene populaties. Vandaar dat tevens is nagegaan of de beheersingsorientatie gerelateerd is aan enkele demografische kenmerken. Van deze kenmerken bleek leeftijd en sociaal-economische status en in mindere mate sexe met de beheersingsorientatie samen te hangen. Vrouwen en jongeren zijn iets meer intern-georiënteerd, terwijl ouderen en degenen met een lagere sociaal-economische status meer arts- en kans-georiënteerd zijn. Voor deze effecten is bij de analyses gecorrigeerd.

De eerste vraagstelling van deze studie kan dus als volgt beantwoord worden:

1. De beheersingsorientatie hangt samen met de subjectieve gezondheidstoestand en enkele demografische kenmerken, namelijk sexe, leeftijd en sociaal-economische status.

De relatie tussen de beheersingsorientatie en het ziekte- en gezondheids-gedrag is vanuit twee verklaringsmodellen van gedrag bestudeerd, namelijk vanuit het model van Rotter en vanuit het model van Fishbein en Ajzen.

Op basis van het model van Rotter mocht verwacht worden dat niet de af-

zonderlijke beheersingsorientaties samenhangen met ziekte- en gezondheidsgedrag, maar dat juist de interacties tussen de beheersingsorientaties en de waarde van gezondheid samenhangen met ziekte- en gezondheidsgedrag. Pas als men de bekrachtiging, welke volgens het individu volgt op een bepaald gedrag, belangrijk vindt, zal men geneigd zijn het betreffende gedrag uit te voeren. Of het gedrag vervolgens ook daadwerkelijk uitgevoerd wordt is een andere zaak. Vandaar dat we een onderscheid gemaakt hebben tussen de intentie tot en het feitelijke gedrag.

Uit de verrichte analyses blijkt dat vrijwel geen van de verwachte interacties significant samenhangen met de intentie tot of het gerapporteerde ziekte- en gezondheidsgedrag.

Wel zijn enkele interacties tussen de beheersingsorientaties en de waarde van gezondheid significant, maar in tegengestelde richting. Zo blijken juist arts-georiënteerden die de gezondheid minder belangrijk vinden, vaker van plan te zijn naar de arts te gaan, of andere activiteiten te ondernemen. Dit zou op een consumptieve houding kunnen wijzen.

Verder blijken de afzonderlijke beheersingsorientaties, al of niet in onderlinge interactie, samen te hangen met de intentie tot en het gerapporteerde ziekte- en gezondheidsgedrag. De belangrijkste bevindingen hierbij zijn:

- Arts-georiënteerden zijn meer van plan de arts te raadplegen bij klachten, maar doen dit feitelijk niet meer dan de niet-arts-georiënteerden.
- Kans-georiënteerden roken vaker (54% versus 45%) en indien ze een poging ondernemen om te stoppen met roken mislukt dit vaker (62% versus 50%). Kans-georiënteerden besteden echter meer tijd aan lichaamsbeweging.
- Van degenen die wel eens een poging doen om definitief te stoppen met het drinken van alcohol, blijken vooral de arts-georiënteerden minder vaak een geslaagde poging gedaan te hebben (53% versus 78%).

De tweede en de derde vraagstelling kunnen dus als volgt beantwoord worden:

2. De beheersingsorientatie hangt samen met de intentie tot en het gerapporteerde ziekte- en gezondheidsgedrag.
Hierbij moet opgemerkt worden dat de gevonden verbanden, zeker voor het gezondheidsgedrag, niet consistent zijn in de betekenis dat een bepaalde orientatie wijst in de richting van gezonde dan wel ongezonde gedragingen. Dit mag echter ook niet verwacht worden aangezien in dit onderzoek ook bleek dat de diverse gezondheidsgedragingen niet als één gedragspatroon worden opgevat.
3. De waarde van gezondheid is niet op de wijze, zoals volgens het model van Rotter kan worden voorspeld, van invloed op de samenhang tussen de

beheersingsorientatie en de intentie tot en het gerapporteerde ziekte- en gezondheidsgedrag.

In paragraaf 10.3.1 zullen we hierop terugkomen.

De waarde die men hecht aan gezondheid blijkt wel als afzonderlijke variabele samen te hangen met ziekte- en gezondheidsgedrag:

- Degenen die gezondheid belangrijk vinden blijken bij klachten meer andere activiteiten, zoals extra rust in plaats van de arts bezoeken of medicijnen gebruiken, ondernomen te hebben dan degenen die gezondheid minder belangrijk vinden.

De vierde vraagstelling - Hangt de beheersingsorientatie samen met een algemene maat voor gezondheidsgedrag - kan niet beantwoordt worden, omdat met de ons beschikbare gegevens geen algemene maat voor gezondheidsgedrag geconstrueerd kon worden.

Uit het voorgaande is tevens af te leiden dat de beheersingsorientatie van invloed is op de relatie intentie-gedrag. Vooral bij extern-georiënteerden is deze relatie zwakker. Zo blijkt de relatie intentie-gedrag minder sterk te zijn bij arts-georiënteerden, wat het al of niet bezoeken van de arts betreft, terwijl arts-georiënteerden ook minder vaak hun intentie om te stoppen met alcohol drinken omzetten in een daadwerkelijk stoppen. Hetzelfde geldt voor kans-georiënteerden wat het stoppen met roken betreft.

De vijfde vraagstelling kan aldus als volgt beantwoord worden:

5. Een externe beheersingsorientatie heeft een negatieve invloed op de samenhang tussen de intentie tot en het gerapporteerde ziekte- en gezondheidsgedrag.

Tot slot is aan de hand van het model van Fishbein en Ajzen nagegaan of de beheersingsorientatie soms van invloed is op de wijze waarop de intentie tot gedrag tot stand komt. Hoewel uit de verrichte analyses ten aanzien van de intentie tot roken en alcohol drinken geen significante verschillen gevonden waren, bleek er wel een duidelijke tendens aanwezig:

- Arts-georiënteerden, en met name arts-georiënteerden die niet-kans-georiënteerd zijn, lijken hun intentie tot roken en alcohol drinken niet alleen te baseren op hun attitude ten opzichte van roken en alcohol drinken maar ook op basis van hetgeen anderen hierover denken.

Vraagstelling zes en zeven kunnen als volgt beantwoord worden:

6. De samenhang tussen de attitude en de intentie tot roken en alcoholgebruik verschilt nauwelijks naar de beheersingsorientatie.

7. De samenhang tussen de subjectieve norm en de intentie tot roken en alcoholgebruik lijkt bij arts-georiënteerden sterker dan bij de niet-arts-georiënteerden.

Samengevat kunnen we zeggen dat een drietal schalen geconstrueerd konden worden welke de gezondheidsspecifieke beheersingsoriëntatie meten en welke redelijk valide zijn. Verder zijn de belangrijkste bevindingen uit deze studie dat de beheersingsoriëntatie samenhangt met demografische kenmerken en gezondheidstoestand, en dat de beheersingsoriëntatie samenhangt met (de intentie tot) ziekte- en gezondheidsgedrag. Bovendien zijn er aanwijzingen dat de beheersingsoriëntatie van invloed is op de wijze waarop de intentie ten aanzien van alcohol drinken en wellicht ook ten aanzien van roken tot stand komt. Verder blijkt dat extern-georiënteerden hun intentie minder vaak daadwerkelijk uitvoeren.

10.2 METHODOLOGISCHE OPMERKINGEN

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van de gegevens van een panelonderzoek naar de subjectieve gezondheid, de gezondheidsopvattingen en de leefwijze van de Nederlandse bevolking. Een belangrijk argument om van deze gegevens gebruik te maken, was dat inzicht verkregen kon worden in de relatie tussen de beheersingsoriëntatie en demografische kenmerken. Verder bood deze onderzoeksopzet de mogelijkheid uitspraken te doen over de validiteit van de beheersingsoriëntatie en, omdat er diverse ziekte- en gezondheidsgedragingen gemeten worden, een algemeen beeld te krijgen over de relatie tussen de beheersingsoriëntatie en ziekte- en gezondheidsgedrag.

Als nadeel is reeds genoemd dat door de heterogene populatie de samenhangen wat minder sterk zijn, terwijl niet alle wenselijk geachte variabelen opgenomen konden worden. Een ander nadeel betreft het brede en retrospectieve karakter van het onderzoek. Het brede karakter van het onderzoek, in de betekenis dat diverse gedragingen gemeten zijn, biedt wel het voordeel dat meer algemene uitspraken gedaan kunnen worden, maar heeft als nadeel dat niet in detail op de afzonderlijke gedragingen ingegaan kon worden. Doordat in dit onderzoek gevraagd werd naar bestaand gedrag of naar gedragingen in het verleden hebben we tenminste bij de gezondheidsgedragingen te maken met gedragingen die al langer bestaan, of, in het geval van gedragsveranderingen, al langer geleden plaatsvonden. De theorie van Rotter en van Fishbein en Ajzen hebben echter betrekking op het tot stand komen van nieuw gedrag, op de dynamiek van het gedrag. Dit heeft uiteraard consequenties gehad voor de gevonden relaties. Hoewel verwacht mag worden dat indien bijvoorbeeld intern-georiënteerden meer

geslaagde stoppogingen doen met roken, er ook meer ex-rokers intern-georiënteerd zijn, zal dit verband minder sterk zijn met deze onderzoeksopzet, omdat de beheersingsoriëntatie in de loop der tijd op basis van nieuwe ervaringen veranderd kan zijn. Ook mag verwacht worden dat de oorspronkelijke reden waarom men gestart is met een bepaald gedrag, niet meer zichtbaar is wanneer het gedrag eenmaal gestold is tot een gewoonte. Met name bij het model van Fishbein en Ajzen heeft zich dit probleem voorgedaan. Doordat de intentie nauw samenhangt met het gedrag, en de attitude in de loop der tijd aangepast is aan dit gedrag, is de eventuele invloed van de subjectieve norm op de intentie geminimaliseerd. Om de exacte invloed van de beheersingsoriëntatie op de manier waarop de intentie tot stand komt te bepalen, is een andere onderzoeksopzet noodzakelijk, of dient een minder stabiel gedrag gekozen te worden.

Samenvattend kunnen we zeggen dat door de breedte van het onderzoek een algemeen beeld verkregen is van de relaties tussen de beheersingsoriëntatie en het ziekte- en gezondheidsgedrag, maar dat meer specifieke onderzoeken inzicht moeten geven in de "exacte" invloed van de beheersingsoriëntatie op het gedrag en gedragsveranderingen.

10.3 THEORETISCHE OPMERKINGEN

10.3.1 HET MODEL VAN ROTTER

Zoals we eerder gezien hebben bij het model van Rotter, is de beheersingsoriëntatie pas relevant indien er sprake is van een nieuwe of ambigue situatie en indien de persoon in kwestie de bekrachtiging belangrijk vindt.

Aan de eerste conditie, een nieuwe of ambigue situatie, kon door onze keuze van onderzoeksopzet, niet voldaan worden. Gesteld is dat dit, voor wat de beheersingsoriëntatie betreft, minder relevant is naarmate de beheersingsoriëntatie specifiekere wordt gemeten. Of dit juist is en of de gevonden relaties sterker zouden zijn in een nieuwe of ambigue situatie, is met dit onderzoek niet te achterhalen.

Wel lijkt een nieuwe of ambigue situatie relevant voor de waarde van gezondheid. Afgezien van verschillende andere problemen met de waarde van gezondheid, lijkt het van belang te weten welke afweging een persoon maakt op het moment dat hij of zij kiest voor een bepaald gedrag. Deze afweging kan, indien het gedrag gestold is tot een gewoonte, heel anders zijn.

De waarde van gezondheid is, onze bevindingen overziend, op geen enkele wijze overtuigend geweest als intermedierende variabele. Hoewel de waarde van gezondheid soms relevant was, bleek deze veelal in omgekeerde rich-

ting van belang. Zo bleken juist de arts-georiënteerden die gezondheid minder belangrijk vonden, meer de intentie te hebben de arts te raadplegen. In een enkele analyse bleek de waarde van gezondheid als afzonderlijke variabele relevant. Degene die gezondheid belangrijk vonden, ondernamen bij klachten meer andere activiteiten, zoals extra rust nemen.

Ondanks dat geen rekening gehouden is met de eis dat de situatie nieuw of ambigue moet zijn, zijn er toch ook andere redenen aan te wijzen, waarom de waarde van gezondheid niet voldaan heeft. Een van deze redenen is de operationalisering van de waarde van gezondheid. Uit eerdere analyses met de respondenten uit het panelonderzoek (Halfens e.a., 1984) is gebleken dat al naar gelang de vraagstelling, de mate waarin men gezondheid belangrijk vindt varieert. Zo is 92% van de respondenten het eens met de uitspraak "gezondheid is het allerbelangrijkste in het leven van een mens". In schrille tegenstelling hiermee is de bevinding dat slechts 5% het gezin minder belangrijk vindt dan de gezondheid. In dit onderzoek is gekozen voor de afweging die men maakt tussen gezondheid en andere relevante zaken. Niet alleen omdat de antwoorden op deze afweging beter verdeeld waren dan de antwoorden op de andere indicatoren van de waarde van gezondheid, maar ook omdat het belang dat men hecht aan een bekrachtiging, juist een afweging vormt met het belang dat men hecht aan andere bekrachtigingen. Geen gegevens zijn echter bekend over de validiteit van deze schaal. Het feit dat de antwoorden verschillen al naargelang de vraagstelling, maakt dat het zinvol is na te gaan in hoeverre de door ons gebruikte schaal inderdaad valide is om na te gaan in welke mate mensen gezondheid belangrijk vinden.

Daarnaast kunnen we ons afvragen of met deze afweging het beloningsaspect van de bekrachtiging gemeten wordt. Degene die gezondheid belangrijk vindt en bijvoorbeeld van mening is dat lichaamsbeweging de gezondheid positief beïnvloedt, kan er toch voor kiezen meer aandacht aan het gezin te besteden, aangezien hij of zij het netto-effect van lichaamsbeweging op de gezondheid lager inschat, dan het netto-effect dat "meer aandacht aan zijn gezin" oplevert. Met name in dergelijke gevallen zal het van belang zijn de bekrachtigingswaarde te meten op het moment dat de persoon voor deze keuze staat.

Een ander punt dat betrekking heeft op de waarde van gezondheid is de betekenis van de term gezondheid. Uit diverse onderzoeken blijkt dat de term gezondheid voor mensen verschillende betekenissen kan hebben, zoals het afwezig zijn van ziekte, fit voelen en voldoende reserve hebben (Herzlich, 1973; Williams, 1983; D'Houtaud en Field, 1984). Het is dan ook niet uitgesloten dat verschillen in de waarde van gezondheid toegeschreven moeten worden aan verschillen in de betekenis van gezondheid.

Tot slot is het niet uitgesloten dat voor de respondenten de bekrachtiging van de onderzochte gedragingen niet gezondheid is, maar iets anders. Het feit dat geen schaal geconstrueerd kon worden voor de gezondheidsge-dragingen wijst in deze richting. Bovendien speelt in deze kwestie een rol dat op een bepaald gedrag meestal niet één maar meerdere bekrachti-

gingen volgen, welke tegengestelde effecten kunnen hebben. Stoppen met roken kan bepaalde ziektes voorkomen, maar kan zeker in het begin leiden tot negatieve sensaties. Van belang is te achterhalen wat volgens de persoon zelf de belangrijkste bekrachtigingen zijn.

Dit betekent dat uitgebreider gevraagd zou moeten worden naar mogelijke bekrachtigingen. Echter door alle mogelijke bekrachtigingen en de waarde die men hieraan hecht, te onderzoeken, wordt in feite de attitude ten opzichte van het betreffende gedrag, zoals Fishbein en Ajzen deze definiëren, gemeten. Hiermee wordt tegelijkertijd duidelijk dat met het model van Rotter slechts een bepaalde determinant van gedrag gemeten wordt. Naar de mening van de omgeving wordt niet expliciet gevraagd. Aangezien uit dit onderzoek duidelijke aanwijzingen naar voren gekomen zijn dat juist extern-georiënteerden op zijn minst hun intentie tot gedrag ook baseren op de mening van hun omgeving, kan hieruit geconcludeerd worden dat Rotter's model beperkt is tot intern-georiënteerden. Dit komt ook overeen met Rotter's idee dat juist een interne oriëntatie in combinatie met de waarde van de bekrachtiging leidt tot gedrag. Het feit dat extern-georiënteerden ook tot dit gedrag kunnen komen, maar meer op basis van de mening van hun omgeving wordt hierdoor geheel verwaarloosd. Vandaar dat voor de bestudering van de beheersingsoriëntatie het model van Fishbein en Ajzen meer geschikt is.

Samenvattend kunnen we zeggen dat met onze onderzoeksopzet geen recht is gedaan aan het model van Rotter, in zoverre geen rekening is gehouden met de eis dat de situatie nieuw of ambigue moet zijn. Verder zijn diverse andere redenen genoemd waarom de operationalisatie van de bekrachtigingswaarde (de waarde van gezond) niet voldeed, bijvoorbeeld omdat de beloningswaarde niet in deze operationalisatie tot uitdrukking komt en omdat gezondheid niet de enige reden is waarom men tot bepaalde ziekte- en gezondheidsgedragingen komt.

Aangezien bij het model van Fishbein en Ajzen niet alleen rekening gehouden wordt met meerdere bekrachtigingen, maar ook met het effect van de mening van anderen, is gesteld dat de beheersingsoriëntatie beter binnen het model van Fishbein en Ajzen bestudeerd kan worden.

10.3.2 DE BEHEERSINGSORIENTATIE

Op basis van onze onderzoeksgegevens hebben we geconcludeerd dat de beheersingsoriëntatie gerelateerd is aan ziekte- en gezondheidsgedrag. Echter, conform de literatuur, zijn de samenhangen op een enkele uitzondering na nooit echt sterk en wijzen ze niet in één bepaalde richting. Het onderscheid tussen de intentie tot en het feitelijk gedrag lijkt in dit verband vruchtbaarder. Met name bij ziektegedrag is er een duidelijke relatie met de intentie, hoewel opgemerkt moet worden, dat dit ten dele ook

toegeschreven kan worden aan het feit dat de intentie tot ziektegedrag en de beheersingsorientatie op een gelijk niveau van specificiteit gemeten zijn. Verder zijn er aanwijzingen dat de beheersingsorientatie van invloed is op het daadwerkelijk uitvoeren van de intentie, en op de wijzen waarop de intentie tot stand komt. Met name deze laatste twee bevindingen, dus dat de beheersingsorientatie van invloed kan zijn op de wijze waarop de intentie tot stand komt én op het daadwerkelijk uitvoeren van deze intentie, verdienen bij de bestudering van de beheersingsorientatie meer aandacht. Met dit onderzoek is hiertoe een eerste aanzet gegeven, ook al was de door ons gebruikte opzet hiervoor minder geschikt. Een (quasi-)experimentele opzet kan hierover meer uitsluitsel geven.

Een ander punt dat betrekking heeft op de multi-dimensionaliteit van de beheersingsorientatie, betreft de interpretatie van een lage score op de schalen. Bij een interne orientatie kunnen we ons iets voorstellen, bij een niet-interne orientatie wordt dit moeilijker. Een niet-interne-orientatie wordt eigenlijk pas zinvol in combinatie met een andere schaal. Bijvoorbeeld een hoge arts-orientatie en een lage interne-orientatie duidt op een pure arts-orientatie. Uit de variantie-analyse is gebleken dat interacties tussen de beheersingsorientaties vaak samenhangen met de intentie of het gerapporteerde gedrag. Niet alleen de afzonderlijke orientaties bleken van belang, maar juist ook de onderlinge combinaties. Met uitzondering van Wallston en Wallston (1982) wordt hierover in de literatuur geen melding gemaakt, hetgeen verklaard kan worden doordat nauwelijks gebruik wordt gemaakt van variantieanalyse. Dit duidt erop dat, nu gekozen is voor een multi-dimensionaal concept, een nieuwe typologie ontworpen moet worden. Juist omdat gezondheid vaak niet gezien wordt als beheerst door slechts één instantie, is het van belang in plaats van met de afzonderlijke schalen verder te werken, over te stappen naar een typologie van de beheersingsorientatie.

In dit onderzoek zijn verschillende subgroepen vaker voorgekomen, zoals intern-georiënteerden, die ook arts-georiënteerd zijn, of arts-georiënteerden die niet-kan-georiënteerd zijn. Mede doordat zowel tweeweg-interacties als drieweg-interacties significant bleken, zijn een groot aantal varianten mogelijk. Deze zullen beperkt moeten worden tot een aantal veel voorkomende combinaties, welke relevante verschillen ten aanzien van ziekte- en gezondheidsgedrag laten zien. Op basis van dit onderzoek is deze keuze moeilijk te maken, mede doordat soms tweeweg- en soms drieweg-interacties significant waren. Hiervoor zijn nieuwe analyses noodzakelijk, waarbij verschillen tussen de acht, op basis van de drie schalen verkregen, subgroepen bestudeerd kunnen worden. Op basis van dit onderzoek beperken we ons dus tot de conclusie dat de drie geconstrueerde schalen slechts een tussenstation vormen in de operationalisatie van de beheersingsorientatie.

Tot slot een laatste opmerking over de gezondheidsspecifieke beheersingsorientatie. In de vorige paragraaf zijn grote vraagtekens gesteld bij de impliciete veronderstelling dat gezondheid de belangrijkste bekrachtiging

is bij gezondheidsgedrag. Indien dit juist is, resteert de vraag of een gezondheidspecifieke beheersingsorientatie wel zinvoller is dan een algemene beheersingsorientatie, aangezien bij de gezondheidspecifieke beheersingsorientatie er impliciet vanuit gegaan wordt dat gezondheid opgevat wordt als de bekrachtiging van het onderzochte gedrag.

10.3.3 HET MODEL VAN FISHBEIN EN AJZEN

Het gebruik van het model van Fishbein en Ajzen in dit onderzoek is vruchtbaar gebleken. Uit het onderzoek is, hoewel niet significant, een tendens naar voren gekomen dat met name de arts-orientatie van invloed is op de determinanten die de intentie bepalen.

Een terugkerend probleem in dit onderzoek, is het feit dat stabiele gedragingen gemeten zijn. Hierdoor was de samenhang tussen de intentie en het gedrag hoog. Aangezien aangenomen mag worden dat de personen hun attitude in de loop der tijd hebben aangepast aan hun gedrag, lijkt het alsof de intentie voornamelijk gebaseerd is op de attitude.

Dit probleem zou zich niet hebben voorgedaan als we de analyses uitsluitend voor de rokers (of de alcohol-gebruikers) uitgevoerd zouden hebben. Aangezien, gegeven de hoge samenhang tussen de intentie en het gedrag, de intentie in dat geval een zeer geringe variantie zou vertonen, zijn deze analyses weinig zinvol. Deze analyses waren waarschijnlijk wel zinvol geweest als niet was gevraagd naar het gedrag, maar naar een verandering in gedrag, zoals stoppen met roken. Verwacht mag worden dat de betreffende variabelen uit het model dan meer variantie bij de rokers zouden vertonen.

Meer duidelijkheid was te verwachten geweest als we ons gericht hadden op minder stabiele gedragingen. In die gevallen mag ook verwacht worden dat de samenhang van de subjectieve norm met de intentie groter is dan de, voor dit model, lage samenhang die wij vonden.

Het geringe verschil tussen de variabelen die betrekking hadden op het roken (alcohol-drinken) en de variabelen die betrekking hadden op het niet-roken (geen alcohol drinken) moet waarschijnlijk ook verklaard worden uit het feit dat gevraagd is naar stabiele gedragingen. Juist omdat deze variabelen betrekking hebben op reeds aanwezig gedrag, leveren de verschillen weinig extra informatie op.

Tot slot kan nog opgemerkt worden dat de directe subjectieve norm minder sterk samenhangt met de intentie dan de indirecte subjectieve norm. Wellicht dat met de directe subjectieve norm naar een te algemene mening wordt gevraagd, en dat het beter is de indirecte subjectieve norm als indicator te gebruiken.

Concluderend kunnen we zeggen dat het model van Fishbein en Ajzen niet geheel tot zijn recht is gekomen, doordat gebruik is gemaakt van stabiele

gedragingen. Verwacht mag worden dat ook de rol van de beheersingsorientatie binnen het model duidelijker naar voren komt bij instabiele gedragingen of bij gedragsveranderingen.

10.4 PRACTISCHE CONSEQUENTIES

Hoewel uit het onderzoek gebleken is dat de beheersingsorientatie relevant is voor gezondheids- en ziektegedrag, zijn de resultaten nog niet van dien aard, dat hieruit nu al duidelijk praktische toepassingen zijn af te leiden. Toch kan, rekening houdend met eerdere bevindingen, een enkele opmerking gemaakt worden.

In het literatuuroverzicht hebben we al herhaaldelijk geconstateerd dat voor intern- en extern-georiënteerden met succes verschillende interventie-technieken gehanteerd worden. Onze bevinding dat er een tendens is dat de arts-orientatie van invloed is op de wijze waarop respondenten hun intentie bepalen, is hiermee in overeenstemming. Aangezien de attitude gebaseerd is op enerzijds de verwachte consequenties van gedrag en anderzijds de evaluaties van deze consequenties, en verwacht mag worden dat juist de attitude voor intern-georiënteerden van belang is, betekent dit dat bij een meer intern-georiënteerde doelgroep de nadruk bij voorlichting op de consequenties en hun evaluaties moet liggen.

Bij de arts-georiënteerden daarentegen is waarschijnlijk de mening van de omgeving van meer belang. De voorbeeld-functie van relevante anderen lijkt bij deze doelgroep belangrijker. Beekers (1982) noemt enkele kenmerken waaraan een model moet voldoen, zoals een indruk van deskundigheid, een hogere status, maar ook moet het model overeenkomsten vertonen met de doelgroep. Dit zou betekenen dat ten aanzien van het meer extern-georiënteerde doelgroepen van belang is relevante personen uit de doelgroep als voorbeeld te laten fungeren. In de reclame wordt deze methode vaak gebruikt. Niet zozeer de informatie over het product zelf is belangrijk, maar de persoon die de informatie verschaft.

Echter, alvorens tot meer definitieve uitspraken te komen over het bovenstaande is het gewenst eerst verder onderzoek te doen.

10.5 VERDER ONDERZOEK

In het voorgaande zijn reeds enkele aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek. Uit deze studie zijn diverse relevante onderzoeksvoorstellen te destilleren, zoals over de validiteit van de waarde van gezondheid. Hier willen we ons echter beperken tot de ons inziens belangrijkste twee punten ten aanzien van de beheersingsorientatie, die zich bij voorkeur lenen voor verdere analyse.

Allereerst is het van belang de operationalisatie van de beheersings-orientatie verder uit te werken naar een typologie, waarbij we in het midden laten of dit een gezondheidsspecifieke of een algemene typologie van beheersingsorientatie moet worden.

Vervolgens is relevant na te gaan op welke wijzen de beheersingsorientatie vooral effect kan hebben op het uiteindelijke gedrag. Een tweetal wijzen kunnen hiervoor aangegeven worden. Ten eerste op welke wijze de intentie tot stand komt en ten tweede in welke mate de intentie daadwerkelijk omgezet wordt in gedrag. Daarnaast kan de beheersingsorientatie samenhangen met de attitude en de subjectieve norm.

Vooraf het model van Fishbein en Ajzen lijkt het aangewezen kader waarbinnen het onderzoek kan plaatsvinden. Met dit model kan inzicht verkregen worden omtrent de determinanten die bij de verschillende typen van beheersingsorientatie van belang zijn voor de intentie en bij welke typen de relatie tussen de intentie en het gedrag sterker is. Hierbij is van belang dat het onderzoek uitgevoerd wordt voor instabiel gedrag, dan wel voor gedragsveranderingen, waarvan verwacht mag worden dat ook de subjectieve norm een redelijke invloed heeft op de intentie.

Samenvattend kunnen we zeggen dat twee onderzoeken nu zinvol zijn, namelijk een onderzoek naar de verdere operationalisering van de beheersingsorientatie in een typologie, en een onderzoek waarin, nauwkeuriger dan in ons onderzoek, wordt nagegaan of de beheersingsorientatie samenhangt met de wijze waarop de intentie tot stand komt, en met de mate waarin de intentie daadwerkelijk wordt uitgevoerd.

SAMENVATTING

Mensen hebben verschillende opvattingen over de oorzaken van ziekten en over datgene wat zij zelf al dan niet kunnen doen om beter te worden. Sommigen menen dat een goede gezondheid vooral een kwestie is van geluk. Anderen menen dat men er zelf veel aan kan doen om gezond te blijven of beter te worden. Voor een derde groep is het vooral de arts in wie men zijn vertrouwen stelt voor het behoud van zijn gezondheid. Deze opvattingen noemt men beheersingsorientaties. In deze studie wordt onderzocht hoe zij met verschillende vormen van ziekte- en gezondheidsgedrag samenhangen.

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de definiering van de beheersingsorientatie. Mede op basis van de sociale leertheorie van Rotter, waaruit het concept oorspronkelijk naar voren is gekomen, is de beheersingsorientatie omschreven als de algemene verwachting van een individu, door wie of wat de gevolgen van zijn of haar gedrag beheerst worden en in welke mate. Een onderscheid is gemaakt tussen de beheersingsorientatie en enkele andere concepten, zoals "self-efficacy", "outcome-expectations", "locus of causality" en machteloosheid. Uitvoerig is ingegaan op het onderscheid met machteloosheid. Vaak wordt machteloosheid als synoniem gebruikt voor een externe beheersingsorientatie, dat is de orientatie dat de gevolgen van gedrag niet door de persoon zelf beheerst worden, maar door externe factoren, zoals de arts of kans en geluk. De opvatting dat vooral externe factoren gevolgen of gebeurtenissen beheersen, zegt echter niets over de mate waarin men dit onaanvaardbaar vindt. Van machteloosheid kan pas in dit kader gesproken worden indien het individu de beheersing door externe factoren onaanvaardbaar vindt.

Verder is uit diverse studies gebleken dat het zinvol is de beheersingsorientatie te onderscheiden naar verschillende factoren. Zo moet men een onderscheid maken naar de verschillende instanties, die gevolgen van gedrag kunnen beheersen, zoals de persoon zelf, de arts of kans en geluk. Ook kan men de gevolgen onderscheiden, namelijk naar de inhoud, die bijvoorbeeld betrekking kan hebben op gezondheid of op politieke gebeurtenissen, en naar de aard die positief of negatief kan zijn.

In hoofdstuk 3 zijn aan de hand van deze vier factoren enkele keuzemomenten en criteria geformuleerd voor het meten van de beheersingsorientatie. Met name het onderscheid in verschillende beheersende instanties is hierbij van belang, aangezien gebleken is dat de interne en de externe orientaties onafhankelijk van elkaar zijn. Vier Engelstalige meetinstrumenten

zijn in dit hoofdstuk aan de hand van deze criteria besproken. Geconcludeerd is dat de één-dimensionale meetinstrumenten, waaronder de door Rotter geconstrueerde vragenlijst, minder bruikbaar zijn.

Na deze bespreking van de beheersingsorientatie is ingegaan op de relatie tussen de beheersingsorientatie en ziekte- en gezondheidsgedrag. Uit hoofdstuk 4 blijkt dat onderzoek omtrent deze relatie nog weinig samenhang vertoont. Vaak gaat het om incidentele onderzoeken waarbij nauwelijks rekening gehouden wordt met mogelijke intervenierende factoren, zoals leeftijd en sociaal-economische status, en met de voorwaarden die volgen uit de sociale leertheorie. Volgens deze theorie heeft de beheersingsorientatie pas invloed als het individu het gevolg van het gedrag belangrijk vindt en de situatie nieuw of ambigue is.

Uit de literatuur blijkt dat er nauwelijks directe samenhangen gevonden worden tussen de beheersingsorientatie en ziekte- en gezondheidsgedrag. Wel zijn er aanwijzingen dat intern-georiënteerden meer baat hebben bij interventie-programma's welke congruent zijn met een interne orientatie, terwijl voor extern-georiënteerden juist programma's zinvol zijn welke congruent zijn met een externe orientatie.

In hoofdstuk 5 zijn vervolgens mede op basis van de sociale leertheorie van Rotter en het verklaringsmodel van Fishbein en Ajzen, een aantal vraagstellingen geformuleerd.

In hoofdstuk 6 is beschreven hoe het onderzoek onderdeel vormt van een panelonderzoek naar de leefwijze en de subjectieve gezondheid van de Nederlandse bevolking in de leeftijdsklasse 20 tot 65 jaar. Voor dit panelonderzoek, waarvoor zowel in 1981 als in 1983 een meting is verricht, is gebruik gemaakt van een gestandaardiseerde vragenlijst. Uit het panel (n = 882) zijn de respondenten met een chronische aandoening, waarvoor ze onder behandeling waren, en de respondenten bij wie een antwoordtendentie op de beheersingsorientatie-vragenlijst werd aangetroffen, voor dit onderzoek verwijderd. De analyses zijn uiteindelijk verricht op 710 personen.

In hoofdstuk 7 is de operationalisatie van de beheersingsorientatie beschreven. Als meetinstrument is een gezondheidsspecifieke beheersingsorientatie-lijst gebruikt, welke volgens de literatuur een drietal afzonderlijke beheersingsorientaties bevat, namelijk een interne-, een arts- en een kans-orientatie. De betrouwbaarheid en de validiteit van deze drie schalen bleek redelijk. In overeenstemming met de literatuur, bleek de beheersingsorientatie samen te hangen met de gezondheidstoestand. Degenen met een slechte gezondheidstoestand bleken meer arts- en minder intern-georiënteerd te zijn dan degenen met een goede gezondheidstoestand. Verder bleek dat de beheersingsorientatie samenhang met enkele demografische kenmerken, namelijk leeftijd, sociaal-economische status en in mindere

mate sexe. Vrouwen en jongeren zijn iets meer intern-georiënteerd, terwijl ouderen en personen met een lagere sociaal-economische status meer arts- en kans-georiënteerd zijn. Voor deze effecten is bij de analyse gecorrigeerd.

De relatie tussen de beheersingsoriëntatie en het ziekte- en gezondheids-gedrag is aan de hand van een tweetal verklaringsmodellen van gedrag bestudeerd, namelijk aan de hand van het model van Rotter en aan de hand van het model van Fishbein en Ajzen.

In hoofdstuk 8 is de beheersingsoriëntatie vanuit het model van Rotter bestudeerd. Volgens het model van Rotter heeft de beheersingsoriëntatie een directe invloed op het gedrag, mits het individu de bekrachtiging - in dit geval gezondheid - belangrijk vindt, en de situatie nieuw of ambigue is. Op basis van het model van Rotter mag zodoende verwacht worden dat niet de afzonderlijke beheersingsoriëntaties samenhangen met het ziekte- en gezondheidsgedrag, maar juist de interactie tussen de beheersingsoriëntatie en de waarde van gezondheid. Pas als men de bekrachtiging welke volgens het individu volgt op een bepaald gedrag, belangrijk vindt, zal men geneigd zijn het betreffende gedrag uit te voeren. Of het gedrag vervolgens ook daadwerkelijk uitgevoerd wordt is een andere zaak. Vandaar dat we ook een onderscheid gemaakt hebben tussen de intentie tot en het feitelijke gedrag.

Uit de verrichte analyses blijkt dat vrijwel geen van de verwachte interacties significant samenhangen met de intentie tot of het gerapporteerde ziekte- en gezondheidsgedrag. Wel hangt de afzonderlijke beheersingsoriëntatie in sommige gevallen samen met de intentie tot en het gerapporteerde ziekte- en gezondheidsgedrag. Zo blijken arts-georiënteerden vaker van plan de arts te raadplegen bij klachten en ondernemen zij minder vaak een succesvolle poging tot stoppen met alcohol drinken. Kans-georiënteerden blijken vaker te roken en ook minder succesvol te zijn bij het stoppen met roken. Zij doen daarentegen wel meer aan lichaamsbeweging.

De beheersingsoriëntatie blijkt ook enigszins van invloed op de relatie intentie en gedrag. Zo blijkt deze relatie minder sterk te zijn bij arts-georiënteerden wat het al of niet bezoeken van de arts betreft, mislukt hun poging om daadwerkelijk te stoppen met alcohol drinken vaker. Hetzelfde geldt voor kans-georiënteerden ten aanzien van het stoppen met roken.

Tot slot is in hoofdstuk 9 aan de hand van het model van Fishbein en Ajzen nagegaan of de beheersingsoriëntatie van invloed is op de wijze waarop de intentie tot gedrag tot stand komt. Volgens het model van Fishbein en Ajzen komt de intentie tot gedrag tot stand op basis van de attitude ten opzichte van dat gedrag en op basis van hetgeen relevante anderen van dat gedrag vinden. Verwacht werd dat intern-georiënteerden hun intentie meer bepalen op basis van de attitude dan de niet-intern-georiënteerden,

terwijl de arts-georiënteerden hun gedrag meer dan de niet-arts-georiënteerden baseren op hetgeen anderen van dat gedrag vinden. Hoewel uit de verrichte analyses ten aanzien van de intentie tot roken en alcohol drinken geen significante verschillen gevonden werden, bleek er wel een duidelijke tendens dat arts-georiënteerden en met name arts-georiënteerden die niet-kans-georiënteerd zijn hun intentie tot roken en alcohol drinken niet alleen baseren op hun attitudes maar ook op hetgeen relevante anderen over roken en drinken denken.

Aangezien uit de analyses bleek dat diverse interacties tussen de drie beheersingsoriëntatie-schalen vaak samenhangen met (de intentie tot) ziekte- en gezondheidsgedrag, is in hoofdstuk 10 gesteld dat het wellicht zinvoller is om de verbanden tussen het gezondheidsgedrag en de beheersingsoriëntatie niet zozeer te benaderen vanuit het trekmodel waarin hoog- en laagscorders op een van de drie oriëntaties met elkaar vergeleken worden, maar vanuit een typologie waarin bijvoorbeeld hoog intern- en hoog arts-georiënteerden vergeleken worden met hen die hoog intern- en laag arts-georiënteerd zijn.

De tweede conclusie uit dit onderzoek is dat de relatie tussen beheersingsoriëntaties en gezondheidsgedrag beter vanuit het model van Fishbein en Ajzen bestudeerd kan worden dan vanuit het model van Rotter, vooral omdat in dit laatste model geen rekening gehouden wordt met het effect van de mening van relevante anderen en geen rekening wordt gehouden met de mogelijkheid dat een bepaald gedrag meerdere gevolgen kan hebben.

De derde conclusie is dat de bruikbaarheid van dit model en de plaats van de beheersingsoriëntatie hierbinnen, het best bestudeerd kan worden aan de hand van nieuwe of instabiele gedragingen.

SUMMARY

Different opinions exist among people about causation of diseases and about one's possible contribution to recovery. Some people attribute health to good luck while others stress one's own contribution in respect to health maintenance or health restoration. Still others highly value medical expertise to keep them healthy. These opinions are defined as locus of control. In this research locus of control has been explored in connection with various health behaviours.

Locus of control has been conceptualised in detail in chapter two. Originally the concept emerged within Rotter's social learning theory. In this study locus of control has been defined as an individual's general expectancy of who or what controls his/her behavioural outcomes and to what extend. A distinction has been made between locus of control and concepts like self-efficacy, outcome-expectations, locus of causality and powerlessness. Special attention has been paid to the latter. Often powerlessness is used as a synonym of external locus of control i.e. the opinion that behavioural outcomes are not self-controlled but controlled by external forces such as physician, chance or luck. However the position taken, that behavioural outcomes are externally controlled, as such doesn't inform on its unacceptability. The concept of powerlessness is used correctly if external locus of control is perceived as unacceptable. Various studies suggest that the concept locus of control may be subdivided according to different dimensions. A distinction can be made in respect to the different sources of control, such as the person him-/herself, powerful others, chance and luck; another distinction is that of the different reinforcement areas like health or political events and still another is its valence, which may be positive or negative.

Based on these dimensions measurement criteria for locus of control have been formulated in chapter three. An important distinction has been made between sources of control, for internal and external locus of control have been demonstrated as independent factors. The above mentioned criteria have been used to discuss four Anglosaxon measurement-instruments. It has been concluded that one-dimensional instruments, like Rotter's scale, are less usefull.

In chapter four the relation of locus of control and health behaviour has been discussed. Literature review reveals that research on this topic still isn't very coherent. Most reported studies can be characterized as idiosyncratic. Hardly any attention has been paid to confounding factors such as age and socio-economic status and to conditioning factors derived from social learning theory.

According to the theory locus of control is an important variable only if the individual values behavioural outcomes and in case of a new or ambi-

guous situation. The literature shows hardly any direct relations of locus of control and health behaviours. On the other hand there seems to be indications, that intervention-program's based on internal locus of control tend to be more beneficial to internally controlled people, while the opposite seems true for externally controlled people.

Based on Rotter's social learning theory and Fishbein and Ajzen's conceptual framework research, questions have been formulated in chapter five. Chapter six describes the research design as part of a study to survey life-style and subjective health assessment of the Dutch population in the age-groups from 20 to 65 years.

Data have been collected at two different points in time namely 1981 and 1983. Standardized questionnaires have been used for data-collection. The total number of respondents was 882. Data have been excluded from respondents, who were under medical treatment for chronic disease and respondents who showed response tendency on the locus of control questionnaire. Actual data-analysis has been carried out on 710 respondents.

Locus of control has been operationalized in chapter seven.

A specific health locus of control scale has been used as measurement instrument. According to the literature this scale measures three distinct dimensions namely the internal, powerfull others- and chance-dimensions. Reliability and validity of the three subscales have been demonstrated sufficiently. As expected from the literature-review, locus of control appeared to relate to health condition. Respondents reporting bad health condition appeared to score higher on powerfull others locus of control and lower on internal locus of control than respondents reporting good health condition. Furthermore locus of control appeared to be associated with some demographic variables such as age, socio-economic status and less strongly with sex. Females and youngsters scored higher on internal locus of control, while older people and respondents with lower socio-economic status scored higher on powerfull others- and chance locus of control. These special effects have been corrected in further data-analysis.

The relation of locus of control and health behaviour has been analysed based on Rotter's and Fishbein and Ajzen's models for explanation.

In chapter eight locus of control has been analysed within Rotter's theoretical framework. According to this model locus of control influences an individual's behaviour in a direct way only as far as the individual values its sanctions positively - like health in this case - or as far as it concerns a new or ambiguous situation. As a consequence based on this model no correlation may be expected between health behaviour and the district dimensions of locus of control.

On the other hand interaction of the dimensions of locus of control may be expected to correlate with the health value.

Only if sanctions, which follow a certain behaviour, are valued positively by the individual, the individual will intend to perform the behaviour. Whether performance is actually carried out, still is another

question. So intention to perform and actual performance have been distinguished as units.

Data-analysis demonstrated no statistical significant correlations of expected interactions and intention to and reported health behaviour. On the other hand distinct dimensions of locus of control were in some instances related to intention to and reported health behaviour. Powerfull others locus of control appeared to be positively correlated to an intention to consult a physician for complaints and negatively to successfull trials to stop smoking and drinking alcohol. Chance-externals appeared to smoke more often and appeared to be less successfull in stopping to smoke but they reported more physical exercise.

Locus of control also appeared to influence the relation of intention to perform and actual performance of behaviour. On powerfull others locus of control this relation appeared to be weak in respect to consultation of a physician; besides trials to actually stop smoking appeared to fail more often. The same can be stated for chance locus of control in respect to stopping to smoke.

Within the framework of Fishbein and Ajzen's model in chapter nine the question has been explored whether locus of control influences the way in which intention to perform behaviour emerges. According to Fishbein and Ajzen's model the intention to perform certain behaviour emerges from the attitude towards the behaviour and the subjective norms about the behaviour. For internals it was hypothesized that attitude would correlate more strongly to intention to perform than for non-internals.

While for powerfull others-externals it was hypothesized that subjective norms would correlate more strongly to intention to perform than for non-powerfull others-externals.

Data-analysis didn't demonstrate any statistically significant differences in respect to intention to smoke and to drink alcohol.

Nevertheless results strongly indicated that powerfull others externals and especially those who could also be labeled as non-chance-externals tend to base their intention to smoke and drink alcohol not only upon their attitudes but also upon subjective norms about smoking and drinking.

Data-analysis has demonstrated, that interactions between the three locus of control-subscales often were related to (intentions to) health behaviours. So in chapter ten the following conclusion has been formulated. The approach to analyse the relation of health behaviour and locus of control based on the trait model by which high and low scores are compared in respect to the three sub-scales, probably is less usefull than the typology approach, by which, for instance, high internal locus of control and high powerfull others locus of control scores are compared with high internal locus of control and low powerfull others locus of control scores.

The second conclusion drawn in this study states, that Fishbein and Ajzen's model seems to be more adequate than Rotter's model for the purpose

of exploring and analysing the relation of locus of control and health behaviour, the main reason for this being that the latter doesn't include the effect of subjective norms, nor the possibility that certain behaviour may have various outcomes.

As a third and last conclusion it is defended that the usefulness of the model of Fishbein and Ajzen and locus of control as part of it can be best demonstrated in respect to new and instabel behaviours.

LITERATUURLIJST

- Abramowitz, S.I. (1973). Internal-external control and social-political activism: a test of the dimensionality of Rotter's internal-external scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 196-201.
- Abramson, L.Y., M.E.P. Seligman, J.D. Teasdale (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Adriaanse, H., M.J. Drop, R. Halfens, H. Philipsen (1981). *Leeft Nederland oké?: verslag van een onderzoek naar de beleving, opvattingen en gedragingen inzake gezondheid, uitgevoerd door de Rijksuniversiteit Limburg augustus 1981*. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg.
- Adriaanse, H., M.J. Drop, K. de Mey, W. Verboom, L. de Witte (1984). *Gezondheidsopvattingen en beroepsuitoefening*. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg.
- Ajzen, J., M. Fishbein (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall Inc.
- Alleyn, J.J. (1983). *Evaluatie van de geldigheid van een meetinstrument: health locus of control*. Rotterdam, Studiecentrum Sociale Oncologie.
- Andersen, L.M. (1979). *The relationship of locus of control health value, health behavior and health status in the elderly*. Ann Arbor, University Microfilms International.
- Andriessen, J.H.T.H. (1972). Interne of externe beheersing. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 27, 173-178.
- Andriessen, J.H.T.H. (1974). *Veiligheid, een kwestie van motivatie*. Marburg, Gorich und Weiershauser.
- Andriessen, J.H.T.H., J.P. van Cadsand (1983). Een analyse van de Nederlandse I.E.-schaal. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 38, 7-24.
- Apao, W.K., A.M. Damon (1982). Locus of control and the quantityfrequency index of alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, 233-239.

- Balch, P., A.W. Ross (1975). Predicting succes in weight reduction as a function of locus of control: a unidimensional and multidimensional approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 119.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Battle, E.H., A. Halliburton, K.A. Wallston (1982). Self medication among psychiatric patients and adherence after discharge. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 20, 21-28.
- Baughman, M.K. (1978). The relationship of locus of control and value beliefs to health status and behavior among clerical workers. *Dissertatie*. Ann Arbor, University Microfilms International.
- Beekers, M. (1982). *Interpersoonlijke vaardigheidstherapieen voor kansarmen*. *Dissertatie*. Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Belloc, N.B., L. Breslow (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 1, 415-421.
- Berkman, L.F., S.L. Syme (1979). Social networks, host resistance and mortality: a nine years follow up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Best, J.A. (1975). Tailoring smoking withdrawal procedures to personality and motivational differences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 1-8.
- Best, J.A., R.A. Steffy (1975). Smoking modification procedures for internal and external locus of control clients. *Canadian Journal of Behavior Sciences*, 7, 155-165.
- Boogaard, P. van den, A. Boomsma (1981). Diabetes, het ondergaan of er mee omgaan. *Scriptie*. Amsterdam, Vrije Universiteit.
- Boyle, E.S., B.E. Harrison (1981). Factor structure of the health locus of control scale. *Journal of Clinical Psychology*, 37, 819-824.
- Boyle, E.S., K.A. Sielski (1981). Correlates of health locus of control in an older, disabled group. *Journal of Psychology*, 109, 87-91.
- Buttler, M.C., R.G. Burr (1980). Utility of a multidimensional locus of control scale in predicting health and job-related outcomes in military environment. *Psychological Reports*, 47, 719-728.

- Butts, S.V., J. Chotlos (1973). A comparison of alcoholics and non-alcoholics on perceived locus of control. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 34, 1327-1332.
- Cadsand, J.P. van (1977). *Interne of externe beheersing. Doctoraal-scriptie Vakgroep Arbeids- en Organisationspsychologie, Vrije Universiteit, Amsterdam.*
- Cassee, E.W. (1973). *Naar de dokter. Meppel, Boom.*
- Chambliss, C.A., E.J. Murray (1979a). Cognitive procedures for smoking reduction: symptom attribution versus efficacy attribution. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 91-95.
- Chambliss, C.A., E.J. Murray (1979b). Efficacy attribution, locus of control and weight loss. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 349-353.
- Charms, R. De (1968). *Personal causation. New York, Academic Press.*
- Charms, R. De (1981). Personal causation and locus of control: two different traditions and two uncorrelated measures. In: H.M. Lefcourt (ed.). *Research with the locus of control construct, vol. 1: Assessment methods*, 337-358. New York, Academic Press.
- Clarke, J.H., B.V. MacPherson, D.R. Holmes (1982). Cigarette smoking and external locus of control among young adolescents. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 253-259.
- Clum, G.A., L. Scott, J. Burnside (1979). Information and locus of control as factors in the outcome of surgery. *Psychological Reports*, 45, 867-873.
- Coan, R.W., M.T. Fairchild, Z.P. Dobyns (1973a). Dimensions of experimental control. *The Journal of Social Psychology*, 53-60.
- Coan, R.W. (1973b). Personality variables associated with cigarette smoking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 86-104.
- Collins, B.E. (1974). Four components of the Rotter internal-external scale: belief in a difficult world, a just world, a predictable world, and a politically responsive world. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29, 381-391.
- Crandall, V.C., W. Kathorsky, V.J. Crandall (1965). Children's beliefs in their control of reinforcements in intellectual academic achievement behaviors. *Child Development*, 36, 91-109.

- Dabbs Jr., J.M., J.P. Kirscht (1971). "Internal control" and the taking of influenza shots. *Psychological Reports*, 28, 959-962.
- Danaher, B.G. (1977). Rapid smoking and self-control in the modification of smoking behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 1068-1075.
- DeVito, A.J., J. Bogdanowicz, M. Reznikoff (1982). Actual and intended health-related information seeking and health locus of control. *Journal of Personality Assessment*, 46, 63-69.
- DiMatteo, M.R., D.D. DiNicola (1982). Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioner's role. New York, Pergamon General Psychology Series.
- Dirken, J.P. (1967). Het meten van stress in industriële organisaties. Groningen, Rijksuniversiteit Groningen.
- Dishman, R.K., W. Ickes, W.P. Morgan (1980). Self-motivation and adherence to habitual physical activity. *Journal of Applied Social Psychology*, 10, 115-132.
- Donovan, D.M., M.R. O'Leary (1975). Comparison of perceived and experienced control among alcoholics and non-alcoholics. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 726-728.
- Donovan, D.M., M.R. O'Leary (1978). The drinking related locus of control scale. *Journal of Studies in Alcohol*, 39, 759-884.
- Ducette, J., S. Wolk, E. Soucar (1972). Atypical patterns in locus of control and nonadaptive behavior. *Journal of Personality*, 40, 287-297.
- Dunn, D.A. (1980). The relationship of health locus of control and health value to medical self-care knowledge and attitudes of undergraduate and graduate health education majors in Oregon. Ann Arbor, University Microfilms International.
- Finch Jr., A.J., A. Spirito, Ph.C. Kendall, P.J. Mikulka (1981). Multidimensionality of the Vowicki-Strickland locus of control scale for adults. *Journal of Personality Assessment*, 45, 151-154.
- Fishbein, M., I. Ajzen (1975). Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research. Reading, Mass., Addison-Wesley.

- Gall, J.C. (1985). Instrumenteel onderzoek: een heranalyse van de Nederlandse I.E.-schaal. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 40, 158-189.
- Gierszewski, S.A. (1983). The relationship of weight loss, locus of control, and social support. *Nursing Research*, 32, 43-47.
- Gottlieb, N.H., L.W. Green (1984). Life events, social network, life style and health: an analysis of the 1979 National survey of personal health practices and consequences. *Health Education Quarterly*, 11, 91-105.
- Gregory, W.L. (1981). Expectancies for controllability, performance attributions and behavior. In: H.M. Lefcourt (ed.). *Research with the locus of control construct*, vol. 1: Assessment methods, 67-124. New York, Academic Press.
- Gurin, P., G. Gurin, R.C. Lao, M. Beattie (1969). Internal-external control in the motivational dynamics of negro youth. *Journal of Social Issues*, 25, 29-53.
- Gurin, P., G. Gurin, B. Morrison (1978). Personal and ideological aspects of internal and external control. *Social Psychology*, 41, 275-296.
- Haes, W.F.M. De (1985). Voorlichting en onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 40, 63-70.
- Halfens, R., M.J. Drop, H. Philipsen (1984). *Leefwijzen en subjectieve gezondheid van een panel uit de Nederlandse bevolking*. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg.
- Hartke, R.J., J.T. Kuna (1982). Multidimensionality of health-related locus of control-scale items. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 594-595.
- Heling, G.W.J. (1983). Locus of control voor gezondheid: een bijdrage aan de gedrags-wetenschappelijke ondersteuning van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Nijmegen, Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Herzlich, C. (1973). *Health and illness: a social psychological analysis*. European Monographs in Social Psychology, 5. London, Academic Press.
- Heunks, F.J. (1973). *Alienatie en stemgedrag*. Tilburg, Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek aan de Katholieke Hogeschool Tilburg.
- Hill, D.J., R.M. Bale (1980). Development of the mental health locus of control and mental health locus of origin scales. *Journal of Personality Assessment*, 44, 148-156.

- D'Houtaud, A., M.G. Field (1984). The image of health variations in perception by social class in a French population. *Sociology of Health and Illness*, 6, 29-60.
- Janassen, J., P. Voestermans (1978). *De verguisde universiteit*. Meppel, Krips Repro B.V.
- Joe, V.C. (1971). Review of the internal-external control construct as a personality variable. *Psychological Reports*, 28, 619-640.
- Joe, V.C., J.C. Jahn (1973). Factor structure of the Rotter I.E.scale. *Journal of Clinical Psychology*, 29, 66-68.
- Jong, H. De (1981). Verslag van de ontwikkeling van een schaal voor het meten van de "locus of control" voor huisartsen (Loch). In: N.U.H.I., somatische fixatie, deel V.
- Jonkers, R., M. Rutten, T. Ronner, J. Alleyn, T. v.d. Horde (1981). Omgaan met borstkanker: een samenwerkingsproject van de Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland te Den Haag en het Studiecentrum Sociale Oncologie te Rotterdam van de Stichting Koningin Wilhelmina Fonds: le onderzoeksverslag april 1981.
- Jonkers, R., M. Rutten, T. Ronner, J.J. Alleyn, T. v.d. Horde (1982). Omgaan met borstkanker: een samenwerkingsproject van de Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland te Den Haag en het Studiecentrum Sociale Oncologie te Rotterdam van de Stichting Koningin Wilhelmina Fonds: eindrapport mei 1982.
- Joosten, J., H. Philipsen (1978). De medische ernst van klachten en diagnosen: verslag van een beperkt onderzoek naar de mogelijkheid deskundigen te gebruiken als beoordelaars van de sterkte van de samenhang tussen klachten en lichamelijke aandoeningen. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg.
- Kaplan, G.D., M.A. Cowles (1978). Health locus of control and health value in the prediction of smoking reduction. *Health Education Monographs*, 6, 129-137.
- Kincey, J. (1981). Internal-external control and weight loss in the obese: predictive and discriminant validity and some possible clinical implications. *Journal of Clinical Psychology*, 37, 100-103.
- Kivett, V.R., J.A. Watson, J.C. Busch (1977). The relative importance of physical, psychological, and social variables to locus of control orientation in middle age. *Journal of Gerontology*, 32, 203-210.

- Klandermans, P.G., A.Ph. Visser (1983). Interne-externe beheersing en de theorie van het sociaal leren. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 38, 1-6.
- Kok, G.J. (1978). Attitudes en gedrag. In: H. Wilke en G.J. Kok. *Sociale psychologie in verandering*, 35-47. Alphen aan den Rijn, Samsom.
- Kok, G.J., W.R. Buisman, P.O. Kampschuur, L. Kirst en P. van der Vange (1981). Attitudes, sociale normen en gedrag. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 36, 57-63.
- Kok, G.J., H. de Vries (1985). Preventie van beginnend rookgedrag bij jongeren, toepassing van een sociaal-psychologisch beïnvloedingsmodel. In: J. von Grumbkow, D. van Krevelde, P. Stringer (eds.). *Toegepaste sociale psychologie*, 1, 56-69. Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Koppelaar, L., G.P.J. Vlaander (1983). Externe beheersing en het effect van therapie en training. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 38, 25-33.
- Krantz, D.S., A. Baum, M. Wideman (1980). Assessment of preferences for self-treatment and information in health care. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 977-990.
- Kristiansen, C.M., Chr.M. Harding (in press 1985). The measurement of preventive health behavior. Exeter, England, University of Exeter.
- Langlie, J.K. (1979). Interrelationships among preventive health behavior: a test of competing hypotheses. *Public Health Reports*, 94, 216-225.
- Leo, R.C. (1970). Internal-external control and competent and innovative behavior among negro college students. *Journal of Personality and Social Psychology*, 14, 263-270.
- Larde, J., J.R. Clopton (1983). Generalized locus of control and health locus of control of surgical patients. *Psychological Reports*, 52, 599-602.
- Leenders, F.H.R. (1983). Een theoretische exploratie van "locus of control" en "geneigdheid tot informatiezoeken" als opvoeder-variabelen in de opvoeder-kind interactie. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 22, 8-22.
- Lefcourt, H.M. (1976). Locus of control: current trends in theory and research. Hillsdale, N.J., Erlbaum.

- Lefcourt, H.M. (1981a). The construction and development of the multidimensional-multiattributitional causality scales. In: H.M. Lefcourt (ed.). Research with the locus of control construct, vol. 1: Assessment methods, 245-277. New York, Academic Press.
- Lefcourt, H.M. (1981b). Overview. In: H.M. Lefcourt (ed.). Research with the locus of control construct, vol. 1: Assessment methods, 1-11. New York, Academic Press.
- Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 397-404.
- Levenson, H. (1974). Activism and powerful others: distinctions within the concept of internal-external control. *Journal of Personality Assessment*, 38, 377-383.
- Levenson, H. (1981). Differentiating among internality, powerful others, and chance. In: H.M. Lefcourt (ed.). Research with the locus of control construct, vol. 1: Assessment methods, 15-63. New York, Academic Press.
- Lewis, F.M., D.E. Morisky, B.S. Flynn (1978). A test of the construct validity of health locus of control: effects on self-reported compliance for hypertensive patients. *Health Education Monographs*, 6, 138-148.
- Lewis, F.M., M.S. Beck (1983). Applied regression. Sage University Paper Series on Quantitative Applications in the Social Sciences, series no. 07-022. Beverly Hills and London, Sage Publications.
- Linn, M.W., B.S. Linn, S.R. Stein (1982). Beliefs about causes of cancer in cancer patients. *Journal of Social Sciences and Medicine*, 16, 835-839.
- McCusker, J., G. Morrow (1979). The relationship of health locus of control to preventive health behaviors and health beliefs. *Patients Counseling and Health Education*, 1, 146-150.
- Marsh, A., J. Matheson (1983). Smoking attitudes and behaviour: an enquiry carried out on behalf of the Department of Health and Social Security. London, Her Majesty's Stationery Office.
- Mechanic, D., P.D. Cleary (1980). Factors associated with the maintenance of positive health behavior. *Preventive Medicine*, 9, 805-814.
- Meyers, R., G.W. Donhan, K. Ludenia (1982). The psychometric properties of the health locus of control scale with medical and surgical patients. *Journal of Clinical Psychology*, 38, 783-787.

- Mirels, H. (1970). Dimensions of internal versus external control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 226-228.
- Mischel, W., R. Zeiss, A. Zeiss (1974). Internal-external control and persistence: validation and implications of the Stanford preschool internal-external scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29, 265-278.
- Mlott, S.R., G.D. Mlott (1975). Dogmatism and locus of control in individuals who smoke, stopped smoking and never smoked. *Journal of Community Psychology*, 3, 53-57.
- Mootz, M. (1981). De patient en zijn naasten: de invloed van houdingen in het persoonlijk netwerk van de patient op zijn medische consumptie. Dissertatie. 's-Gravenhage, J.H. Pasmans.
- Mullins, L.C. (1982). Locus of desired control and patient role among the institutionalized elderly. *Journal of Social Psychology*, 116, 269-276.
- Naditch, M.P. (1975). Locus of control and drinking behavior in a sample of men in army basic training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 96.
- Nie, N.H., C.H. Hull, J.G. Jenkins, K. Steinbrenner, D.H. Bent (1975). SPSS: Statistical Package for the Social Sciences. 2nd ed. New York, McGraw-Hill.
- Orem, D.E. (1980). Nursing: concepts of practice. 2nd ed. New York, McGraw-Hill.
- Ormel, H. (1980). Moeite met leven of een moeilijk leven: een vervolgonderzoek naar de invloed van psychosociale belasting op het welbevinden van driehonderd Nederlanders. Dissertatie. Groningen, Konstepel.
- Parcel, G.S., M.P. Meyer (1978). Development of an instrument to measure children's health locus of control. *Health Education Monographs*, 6, 149-159.
- Paulhus, D., R. Christie (1981). Spheres of control: an interactionist approach to assessment of perceived control. In: H.M. Lefcourt (ed.). *Research with the locus of control construct*, vol. 1: Assessment methods, 161-188. New York, Academic Press.
- Phares, E.J. (1976). Locus of control in personality. Morristown, N.J., General Learning.

- Philipsen, H. (1984). Commentaar op Maassen en De Goede. *Gezondheid en Samenleving*, 5, 123-124.
- Pill, R., N.C.H. Stott (1981). Relationship between health locus of control and belief in the relevance of life style to health. *Patient Counseling and Health Education*, 3, 95-99.
- Prociuk, I.J. (1977). Concerning the evidence for a general factor in the internal-external control scale: a reanalysis of Franklin's data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 1199.
- Reelick, N.F. (1982). Persoonlijkheidsfactoren en gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Rotterdam, G.G. en G.D. Rotterdam, Afd. G.V.O., rapport no. 38.
- Reid, D.W., E.E. Ware (1973). Multidimensionality of internal-external control: implications for past and future research. *Canadian Journal of Behavior Sciences*, 5, 264-271.
- Riehl, J.P., S.C. Roy (1980). *Conceptual models for nursing practice*. 2nd ed. New York, Appleton-Century-Crofts.
- Rodenburg, N. (1974). *De macht van de deskundige: een onderzoek over machteloosheid en deskundigheid*. Assen, Van Gorcum.
- Rosenblum, E.H., E.J. Stone, B.E. Skipper (1981). Maternal compliance in immunization of preschoolers as related to health locus of control, health value, and perceived vulnerability. *Nursing Research*, 30, 337-342.
- Rothbaum, F., J.R. Weisz, S.S. Snyder (1982). Changing the world and changing the self: a two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-37.
- Rotter, J.B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall Inc.
- Rotter, J.B., M. Seeman, S. Liverant (1962). Internal versus external control of reinforcements: a major variable in behavior theory. *Decisions, Values and Groups*, 2, 473-516.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectations for internal versus external control of reinforcements. *Psychological Monographs*, 80, (1, Whole no. 609).

- Rotter, J.B., J.E. Chance, E.J. Phares (1972). Applications of a social learning theory of personality. New York, Holt, Rinehart and Winston Inc.
- Rotter, J.B. (1975a). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcements. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67.
- Rotter, J.B. (1975b). Rotter's social learning theory. In: J.B. Rotter and D.J. Hochreich. *Personality*, 93-114. Glenview, Scott, Foresman and Comp.
- Rouwenhorst, W. (1981). *Om onze gezondheid: de rol van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO)*. Alphen aan den Rijn, Samsom.
- Salltznier, E.B. (1978). Locus of control and the interaction to lose weight. *Health Education Monographs*, 6, 118-128.
- Salltznier, E.B. (1982). The weight locus of control (WLOC) scale: a specific measure for obesity research. *Journal of Personality Assessment*, 46, 620-628.
- Schreiber, W.K. (1980). Locus of control and social desirability. *Psychological Reports*, 46, 1135-1136.
- Seeman, M. (1959). On the meaning of alienation. *American Sociological Review*, 24, 783-791.
- Seeman, M., J.W. Evans (1962). Alienation and learning in a hospital setting. *American Sociological Review*, 27, 772-783.
- Seeman, M., I.E. Seeman (1983). Health behavior and personal autonomy: a longitudinal study of the sense of control in illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 144-160.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: on depression, development, and death*. San Francisco, Freeman.
- Shipley, R.H. (1981). Maintenance of smoking cessation: effect of follow-up letters, smoking motivation, muscle tension and health locus of control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 982-984.
- Smith, B.C., H.M. Carson (1981). The relationship of health locus of control to patients with end-stage renal disease. *Patient Counseling and Health Education*, second quarter, 63-66.

- Steele, J.L., W.H. McBroom (1972). Conceptual and empirical diversions of health behavior. *Journal of Health and Social Behavior*, 13, 382-392.
- Straits, B.C., L. Sechrest (1963). Further support of some findings about the characteristics of smokers and nonsmokers. *Journal of Consulting Psychology*, 27, 282.
- Strickland, B.R. (1978). Internal-external expectancies and health-related behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1192-1211.
- Swanborn, P.G. (1981). *Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek: inleiding in ontwerpstrategieën*. Meppel, Boom.
- Tabachnick, B.G., L.S. Fidell (1983). *Using multivariate statistics*. New York, Harper and Row Publ.
- Visser, A.Ph. (1982). De samenhang tussen machteloosheid: kenmerken van de ziekenhuisomgeving en de beleving van patienten. *Mens en Maatschappij*, 57, 290-304.
- Visser, A.Ph. (1984). De beleving van het verblijf in het algemene ziekenhuis: tevredenheid, kennis en emotionele toestand van ziekenhuispatienten: meting, inhoud en determinanten. *Dissertatie*. Assen, Van Gorcum.
- Walker, R.D., F. van Ryn, B. Frederick, D. Reynolds, M.R. O'Leary (1980). Drinking-related locus of control as a predictor of attrition in an alcoholism treatment program. *Psychological Reports*, 47, 871-877.
- Walkey, F.H. (1979). Internal control, powerful others and chance: a confirmation of Levenson's factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 43, 532-535.
- Wallston, B.S., K.A. Wallston, G.D. Kaplan and S.A. Maides (1976a). Development and validation of the health locus of control scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 580-585.
- Wallston, B.S., K.A. Wallston (1978b). Locus of control and health: a review of the literature. *Health Education Monographs*, 6, 107-117.
- Wallston, K.A., S.A. Maides, B.S. Wallston (1976b). Health-related information seeking as a function of health-related locus of control and health value. *Journal of Research in Personality*, 10, 215-222.

- Wallston, K.A., B.S. Wallston, R. DeVellis (1978a). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. Health Education Monographs, 6, 160-169.
- Wallston, K.A., B.S. Wallston (1981). Health locus of control scales. In: H.M. Lefcourt (ed.). Research with the locus of control construct, vol. 1: Assessment methods, 189-243. New York, Academic Press.
- Wallston, K.A., B.S. Wallston (1982). Who is responsible for your health?: the construct of health locus of control. In: G. Sanders & J. Suls (eds.). Social Psychology of Health and Illness, 65-95. Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum Ass.
- Wiersma, D. (1979). Psychosociale "stress" en langdurige arbeidsongeschiktheid. Dissertatie. Groningen, Rijksuniversiteit Groningen.
- Williams, R.G.A. (1983). Concepts of health: an analysis of lay logic. Sociology, 17, 183-205.
- Worell, L., I.H. Tumilty (1981). The measurement of locus of control among alcoholics. In: H.M. Lefcourt (ed.). Research with the locus of control construct, vol. 1: Assessment methods, 321-333. New York, Academic Press.

BIJLAGE 1

Locus of Control Scale (Rotter, 1966)

- 1.a. Many of the unhappy things in people's lives are partly due to bad luck.
- b. People's misfortunes result from the mistakes they make.
- 2.a. One of the major reasons why we have wars is because people don't take enough interest in politics.
- b. There will always be wars, no matter how hard people try to prevent them.
- 3.a. In the long run people get the respect they deserve in this world.
- b. Unfortunately, an individual's worth often passes unrecognized no matter how hard he tries.
- 4.a. The idea that teachers are unfair to students is nonsense.
- b. Most students don't realize the extent to which their grades are influenced by accidental happenings.
- 5.a. Without the right breaks one cannot be an effective leader.
- b. Capable people who fail to become leaders have not taken advantage of their opportunities.
- 6.a. No matter how hard you try some people just don't like you.
- b. People who can't get others to like them don't understand how to get along with others.
- 7.a. I have often found that what is going to happen will happen.
- b. Trusting to fate has never turned out as well for me as making a decision to take a definite course of action.
- 8.a. In the case of the well prepared student there is rarely if ever such a thing as an unfair test.
- b. Many times exam questions tend to be so unrelated to course work that studying is really useless.
- 9.a. Becoming a success is a matter of hard work, luck has little or nothing to do with it.
- b. Getting a good job depends mainly on being in the right place at the right time.
- 10.a. The average citizen can have an influence on government decisions.
- b. This world is run by the few people in power, and there is not much the little guy can do about it.
- 11.a. When I make plans, I am almost certain that I can make them work.
- b. It is not always wise to plan too far ahead because many things turn out to be a matter of good or bad fortune anyhow.
- 12.a. In my case getting what I want has little or nothing to do with luck.
- b. Many times we might just as well decide what to do by flipping a coin.

- 13.a. Who gets to be the boss often depends on who was lucky enough to be in the right place first.
 - b. Getting people to do the right thing depends upon ability, luck has little or nothing to do with it.
- 14.a. As far as world affairs are concerned, most of us are the victims of forces we can neither understand, nor control.
 - b. By taking an active part in political and social affairs the people can control world events.
- 15.a. Most people don't realize the extent to which their lives are controlled by accidental happenings.
 - b. There really is no such thing as "luck".
- 16.a. It is hard to know whether or not a person really likes you.
 - b. How many friends you have depends upon how nice a person you are.
- 17.a. In the long run the bad things that happen to us are balanced by the good ones.
 - b. Most misfortunes are the result of lack of ability, ignorance, laziness, or all three.
- 18.a. With enough effort we can wipe out political corruption.
 - b. It is difficult for people to have much control over the things politicians do in office.
- 19.a. Sometimes I can't understand how teachers arrive at the grades they give.
 - b. There is a direct connection between how hard I study and the grades I get.
- 20.a. Many times I feel that I have little influence over the things that happen to me.
 - b. It is impossible for me to believe that chance or luck plays an important role in my life.
- 21.a. People are lonely because they don't try to be friendly.
 - b. There's not much use in trying too hard to please people, if they like you, they like you.
- 22.a. What happens to me is my own doing.
 - b. Sometimes I feel that I don't have enough control over the direction my life is taking.
- 23.a. Most of the time I can't understand why politicians behave the way they do.
 - b. In the long run the people are responsible for bad government on a national as well as on a local level.

BIJLAGE 2

De algemene beheersorientatie

De in 1981 gebruikte algemene beheersingsorientatie-vragenlijst is afkomstig van Ormel (1980). Hij heeft de verkorte versie (14 items) van de I-E schaal van Andriessen (1972) aangepast. Een drietal uitspraken die betrekking hadden op het politieke en maatschappelijke leven heeft hij verwijderd en vervangen door drie uitspraken die betrekking hebben op relationele en alledaagse gebeurtenissen.

Factor-analyse door Ormel (1980) leidde, met uitzondering van twee items, tot een factor. De twee items met een lage lading zijn door ons verwijderd. Aangezien van de resterende 12 items er 10 in externe richting geformuleerd waren, zijn deze door ons in de meting van 1981 afwisselend intern en extern geformuleerd. Als antwoordschaal is hierbij gebruik gemaakt van een vijfpunts-Likert-schaal.

Factor-analyse op deze vragenlijst leidde tot de volgende vijf eigenwaarden: 2.8, 2.0, 1.1, 0.9, 0.9. Op basis van het verloop van deze eigenwaarden zijn de eerste twee factoren, welke tezamen 40% van de variantie verklaren, geroteerd met behulp van de varimax-methode. In tabel 1 zijn de factorladingen voor en na rotatie weergegeven.

Duidelijk is dat de intern en de extern geformuleerde items twee afzonderlijke factoren vormen. De interne betrouwbaarheid van de middels sommatie verkregen schalen is .60 (interne schaal: 5 items) en .75 (externe schaal: 7 items). De samenhang tussen beide schalen bedraagt .02.

Tabel 1 Factorladingen voor en na rotatie van de beheersings-schaal (n=1278; 1981).

Uitspraken	<u>Voor rotatie</u>		<u>Na rotatie</u>	
	fact.1	fact.2	fact.1	fact.2
1. Of mensen je aardig vinden of niet is iets waar je zelf veel aan kunt doen	-0.01	0.28	0.00	<u>0.28</u>
2. De meeste narigheden in je leven overkomen je zonder dat je er veel aan kunt doen	0.48	0.02	<u>0.48</u>	-0.01
3. Hogerop komen in het leven heb je vrijwel geheel of voor een groot deel zelf in handen	-0.08	0.52	-0.05	<u>0.53</u>
4. Of je huwelijk goed uitpakt hangt voor een groot deel van jezelf af	0.01	0.47	0.04	<u>0.46</u>
5. Je kunt nog zo je best doen maar als het geluk je tegenzit mislukken veel dingen	0.62	0.04	<u>0.62</u>	0.00
6. Of je een goede baan krijgt of niet, hangt er maar helemaal van af of je toevallig op het juiste moment op de juiste plaats bent	0.52	0.12	<u>0.53</u>	0.09
7. Zonder de juiste kruiwagens kom je niet hoger op	0.66	0.02	<u>0.66</u>	-0.02
8. Gelukkig zijn is iets wat je voor een groot deel in eigen hand hebt	-0.01	0.55	0.02	<u>0.55</u>
9. Veel beslissingen zouden we net zo goed kunnen nemen door een munt op te gooien	0.43	0.07	<u>0.43</u>	0.05
10. Wat je bereiken wilt, wordt vrijwel helemaal door jezelf bepaald	-0.07	0.56	-0.04	<u>0.56</u>
11. Ik voel me vaker een slachtoffer van de omstandigheden	0.53	0.15	<u>0.52</u>	-0.18
12. Hoe sterk iemand zich ook inspannt, vaak wordt zijn waarde niet erkend.	0.57	0.03	<u>0.57</u>	0.00

BIJLAGE 3

Statistische gegevens van de variabelen, welke in hoofdstuk 6 bij de discriminant-analyse gebruikt zijn ter vergelijking van de response en de non-response (n= 1278; 1981).

	empirische spreiding	gemidd. 42.0	standaard deviatie 12.8	scheefh. .17	betekenis jaren
1. leeftijd	20-65	42.0	12.8	.17	jaren
2. sociaal econo- mische status	1- 5	2.8	1.1	.61	laag-hoog
3. percentage gehuwden	-	78.9%	-	-	-
4. aantal klach- ten (1)	0-21	4.2	4.3	1.33	aantal
5. doktersbezoee- ken/jaar	0-16	2.2	3.6	2.35	aantal
6. medicijnen/ maand (2)	0-399	7.5	26.6	6.87	aantal
6a. medicijnen/ maand (log) (3)	0- 2.6	.35	.55	1.68	aantal
7. waarde van ge- zondheid (4)	9-27	19.6	3.2	-.73	weinig/veel
8. interne beheer- sing (5)	7-25	18.5	2.9	-.21	laag-hoog
9. externe beheer- sing	6-30	18.7	4.1	.11	laag-hoog
10. beïnvloeden ei- gen gezondheid	1- 4	1.8	.7	.77	niet-hoge mate
11. lichaamsbewe- ging/week	0-32	1.5	3.1	4.35	aantal uren

vervolg tabel bijlage 3

11a. lichaamsbewe- ging/week (log) (3)	0- 1.52	.23	.33	1.22	aantal uren/dag
12. percentage rokers	-	49.8	-		
13. alcohol/week	0-84	7.4	10.1	2.3	aantal gla- zen

-
- (1) Aantal klachten volgens de verkorte Vragenlijst over Ervaren Gezondheid (VOEG; 21 items; Cronbach's alpha = .86)
 - (2) Als medicijn is gevraagd naar: aspirine, norit, laxermiddelen, kalmeringsmiddelen en slaaptabletten
 - (3) Vanwege de hoge scheefheid is de logaritme berekend en gebruikt voor het medicijngebruik en het aantal uren lichaamsbeweging
 - (4) Cronbach's alpha = .79
 - (5) zie bijlage 2

BIJLAGE 4

Opvattingen over medische wetenschap

Tijdens het interview in 1981 is de respondenten een lijst voorgelegd met uitspraken over de medische wetenschap. Deze zijn in aangepaste vorm grotendeels ontleend aan Cassee (1973).

Op basis van factor-analyse bleek het mogelijk vrijwel alle uitspraken samen te voegen tot één schaal, welke als "sceptis t.o.v. de medische wetenschap" te benoemen is (zie tabel 1). De eigenwaarden van de eerste twee factoren waren 4.2 en 1.7.

Om inhoudelijke reden is toch een verdere splitsing aangebracht in een factor sceptis t.o.v. de medische wetenschap en een machtige andere beheersingsorientatie t.a.v. gezondheid. Middels sommatie zijn vervolgens twee schalen samengesteld.

Tabel 1 Factor-analyse over uitspraken over artsen en medische wetenschap (n=710; 1981)

uitspraken	le factor (ongeroteerd)	geroteerd	
		factor 1	factor 2
<hr/>			
1. Voor veel kwalen klop je tevergeefs aan bij de medische wetenschap	.49	<u>.48</u>	0.18
2. Als de moderne wetenschap zo snel vooruit blijft gaan, zullen nu nog ongeneeslijke ziekten in de toekomst worden genezen	-.11		
3. Veel ziekten hebben een achtergrond die door de medische wetenschap toch niet verholpen kan worden	.35		
4. Het is altijd beter om naar de dokter te luisteren dan naar het advies van magnetiseurs, strijkers, kruidendokters etc.	-.31		
5. De medische wetenschap belooft meer dan zij kan doen	0.53	<u>.57</u>	-.12
6. In een ziekenhuis weten ze precies wat goed voor je is	-.53	-.22	<u>.58</u>
7. Als medicijnen niet helpen, kun je ze beter helemaal niet nemen	.19		
8. Ik heb een heel groot vertrouwen in de medische wetenschap	-.59	-.21	<u>.67</u>
9. Als je maar precies doet wat de dokter zegt, heb je de grootste kans om beter te worden	-.58	-.17	<u>.70</u>

vervolg tabel 1 bijlage 4

10. Artsen weten ook vaak niet wat ze moeten doen om iemand te genezen	.61	<u>.54</u>	-.28
11. Artsen schrijven te gemakke- lijk allerlei medicijnen voor	.49	<u>.44</u>	-.21
12. Doktoren beloven meer dan ze feitelijk kunnen doen	.62	<u>.73</u>	-.09
13. Artsen geven lang niet altijd het juiste advies	.64	.61	-.27
14. Tegenwoordig kunnen artsen de meeste ziekten wel genezen	-.41	-.15	<u>.44</u>
15. Artsen weten ook niet altijd wat goed voor je is	.53	<u>.41</u>	-.32

* De items, waarvan de factorladingen zijn onderstreept, zijn
middels somscores samengevoegd tot twee schalen.

BIJLAGE 5

Intentie tot ziektegedrag

Om de intentie tot ziektegedrag te meten is aan de respondenten een lijst met klachten (Mootz, 1981) voorgelegd, met de vraag wat men zou doen als men deze klacht had. Per klacht had men 6 antwoordmogelijkheden, namelijk:

- 1- geen aandacht aan besteden
- 2- afwachten of het vanzelf overgaat
- 3- aspirine of ander geneesmiddel gebruiken
- 4- de volgende dag naar het spreekuur van de dokter gaan
- 5- de dokter zo snel mogelijk opbellen en om raad vragen
- 6- iets anders, nl.:.....(S.V.P. OMSCHRIJVEN)

Door de categorieën "geen aandacht aan besteden" en "afwachten of het vanzelf overgaat" samen te voegen, evenals de categorieën "de volgende dag naar het spreekuur van de dokter gaan" en "de dokter zo snel mogelijk bellen en om raad vragen" zijn 4 antwoordcategorieën verkregen. In tabel 1 zijn hiervan de frequenties weergegeven.

Tabel 1 De intentie tot ziektegedrag (n=710; 1983 in percentages)

	afwachten	geneesmid- delen ge- bruiken	dokter bezoeken	iets anders
1. U hebt sinds een week jeukende uitslag	39	2	57	2
2. U hebt een middag lang sterke pijn in de buik	66	5	28	1
3. U ontdekt op een keer bloed bij de ontlasting	23	1	75	1
4. U voelt zich sinds een week erg angstig	63	2	28	7
5. U hebt ineens last van hartkloppingen	49	1	48	2
6. U hebt sinds een week gebrek aan eetlust	81	51	16	2
7. U hebt op een ochtend 38 graden koorts	71	14	13	2
8. U voelt zich sinds een week ongewoon somber	89	1	6	4
9. U hebt vier dagen aaneen sterke dorst	61	1	34	4
10. U bent al drie dagen ver- kouden en u hebt keelpijn	55	29	14	2
11. U hebt een dag of vier lang hoofdpijn	31	37	30	2
12. U hebt op een ochtend ekseem op de armen	40	3	56	1
13. U hebt sinds vier dagen slecht geslapen	83	5	9	3
14. U hebt op een dag ineens laet van kortademigheid en benauwdheid	43	1	54	2
15. U moet sinds drie dagen vaker plassen dan u normaal acht	78	1	20	1
16. U voelt zich al een week of twee niet echt fit	61	2	34	3
17. U voelt een dag of twee pijn in de rug	85	3	10	2
18. U voelt zich sinds vijf dagen erg zenuwachtig	80	4	10	6

BIJLAGE 6

Interne consistentie en intercorrelaties van de drie HLC-schalen.

Tabel 1 De interne consistentie van de drie HLC-schalen bij verschillende steekproeven en panels (1983).

	<u>IHLC</u>	<u>PHLC</u>	<u>CHLC</u>
chronisch gehandicapten (128)1	.78	.81	.71
bevolking (steekproef: 296)1	.75	.80	.71
niet-actieven (panel: 146)1	.78	.76	.72
niet-actieven (steekproef: 95)1	.78	.75	.75
wijkverpleging (99)2	.77	.75	.70
leerkrachten (97)2	.74	.70	.67

(1) panels en steekproeven uit het panelonderzoek (gecorrigeerd voor antwoordtendenties).

(2) steekproeven uit ander onderzoek (Adriaanse e.a., 1984).

Tabel 2 Intercorrelaties tussen de drie beheersingsorientatieschalen voor de verschillende groepen (1983).

	<u>IHLC*PHLC</u>	<u>IHLC*CHLC</u>	<u>PHLC*CHLC</u>
chronisch gehandicapten (128)1	-.02	-.02	.29***
bevolking (steekproef; 296)1	.31***	.18***	.47***
niet-actieven (panel; 146)1	.06	.19***	.34***
wijkverpleging (99)2	-.12	.09	.35***
leerkrachten (99)2	-.05	-.19*	.47***

(1) panels en steekproeven uit panelonderzoek

(2) steekproeven uit ander onderzoek (Adriaanse e.a., 1984)

* $p \hat{=} .05$

** $p \hat{=} .01$

*** $p \hat{=} .001$

TABLEAU 7. ANALYSE MULTIVARIÉE DES CORRELATIONS ENTRE LES VARIÉTIÉS

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										

[illegible]

DANKWOORD

Op deze plaats wil ik eenieder bedanken, die op directe of indirecte wijze heeft bijgedragen aan de tot standkoming van dit proefschrift.

Mijn beide promotores - Prof. Dr. A. Appels en Prof. Dr. H. Philipsen - ben ik zeer erkentelijk voor de prettige en deskundige begeleiding. Prof. Dr. A. Appels dank ik voor de nauwgezette wijze waarop hij de verschillende concepten gelezen heeft. Zijn betrokkenheid en constructieve benadering zijn steeds stimulerend geweest. Prof. Dr. H. Philipsen dank ik voor het feit dat hij steeds klaar stond op die momenten waarop zijn hulp en adviezen gewenst waren. Voorts is zijn vertrouwen in het welslagen van deze onderneming een belangrijke steun geweest.

De beide referenten - Dr. A.Ph. Visser en Prof. Dr. G.J. Kok - dank ik voor de snelle en kundige wijze waarop ze het manuscript van commentaar hebben voorzien. Dr. A.Ph. Visser dank ik voorts voor de nauwgezette wijze waarop hij het manuscript gelezen heeft; zijn bemerkingen zijn het proefschrift zeker ten goede gekomen. Prof. Dr. G.J. Kok dank ik tevens voor zijn adviezen met betrekking tot het model van Fishbein en Ajzen.

Verder dank ik de oorspronkelijke leden van het onderzoeksteam, Drs. H. Adriaanse, Prof. Dr. M.J. Drop en Prof. Dr. H. Philipsen. Zij boden mij de gelegenheid te participeren in het panelonderzoek "Leefwijze en subjectieve gezondheid" en zodoende ook de mogelijkheid de gegevens te verzamelen die voor dit proefschrift zijn gebruikt. Hen wil ik danken voor de prettige en leerzame samenwerking.

Dank gaat ook uit naar de wetenschappelijke begeleidingscommissie van de Stichting Nederland Oké, die het panelonderzoek "Leefwijze en subjectieve gezondheid" begeleidde.

Hanny Prick en Julie Rosier-Wolfs hebben de tekstverwerking van de diverse concepten verzorgd. Hen ben ik zeer erkentelijk voor de deskundige en enthousiaste wijze waarop dit steeds gebeurd is. Zonder hun inzet zou dit proefschrift niet op tijd zijn klaar gekomen.

Verder dank ik Nanno de Vries voor zijn adviezen inzake variantie-analyse, Yvonne Halfens voor het corrigeren van de eindtekst, George Evers voor het schrijven van de Engelse samenvatting, Marian Tilly voor het samenstellen van de literatuurlijst, en Marie-Jeanne van Gils voor het ontwerpen van de omslag.

Mijn collega's bij de Capaciteitsgroep Verplegingswetenschap ben ik zeer erkentelijk voor het feit dat zij mij de ruimte geboden hebben dit proefschrift te schrijven. Mijn ex-collega's bij de Capaciteitsgroep Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding dank ik voor het feit dat zij mij de gelegenheid gaven de kennis en kunde op te doen, die nodig waren om dit proefschrift te kunnen schrijven.

Ook mijn ouders wil ik op deze plaats danken. Zij boden mij de gelegenheid de vereiste vooropleiding te volgen.

En tenslotte dank ik Martha voor haar hulp en steun op diverse fronten.

CURRICULUM VITAE

De auteur van dit proefschrift werd op 20 juli 1952 geboren te Tegelen. Na het behalen van zijn H.B.S.-8 diploma aan het St. Thomascollege te Venlo in 1972, ging hij psychologie studeren aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen. In januari 1980 behaalde hij het doctoraalexamen met als hoofdvak psychologie van arbeid en organisatie en de bijvakken economie voor de psychologie, en leer der interne organisatie.

Van augustus 1976 tot juni 1977 was hij als student-assistent verbonden aan de vakgroep Psychologie van arbeid en organisatie.

Vanaf juli 1980 is hij werkzaam bij de Rijksuniversiteit Limburg. Als wetenschappelijk ambtenaar werkte hij van juli 1980 tot oktober 1980 bij de Capaciteitsgroep Medische Psychologie, en van oktober 1980 tot februari 1984 bij de Capaciteitsgroep Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding. Bij de laatste werkte hij aan het panelonderzoek "Leefwijzen en subjectieve gezondheid".

Vanaf februari 1984 is hij verbonden aan de Capaciteitsgroep Verplegingswetenschap, in de functie van wetenschappelijk medewerker.